



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DO PORTO**

**Mestrado em Supervisão Clínica em
Enfermagem**

**SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM
CONTRIBUTO PARA A CONCEÇÃO DE UM
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE
ENFERMEIROS**

**CLINICAL SUPERVISION IN NURSING
CONTRIBUTION TO THE DESIGN OF A
NURSING INTEGRATION PROGRAM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ricardo Miguel Martins Gomes Cruz

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO PORTO

Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM
CONTRIBUTO PARA A CONCEÇÃO DE UM
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE
ENFERMEIROS

Dissertação de Mestrado com orientação pela

Professora Doutora Cristina Barroso Pinto

e coorientação pela

Professora Doutora Inês Silva Rocha.

Porto, 2025

“Os que se encantam com a prática sem a ciência, são como os timoneiros que entram no navio sem leme nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTO

Concluída esta importante etapa no desenvolvimento pessoal e profissional, será o momento de poder dedicar algumas palavras a todos aqueles que me acompanharam durante este longo período.

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Cristina Barroso pela orientação e à Professora Doutora Inês Rocha pela coorientação deste trabalho, essenciais na partilha do conhecimento e na disponibilidade desde o primeiro momento para a concretização do mesmo.

À minha esposa e filha, pelo apoio e estímulo constante, mesmo nos momentos mais difíceis ou nos períodos em que a minha presença deixou de ser próxima. Obrigado pelo apoio e força transmitida, importantes para conseguir continuar neste percurso que assumiu, por vezes, um contorno intenso e complexo.

Aos meus pais, pela forma como sempre me apoiaram ao longo de todos estes anos, incentivando para a luta constante em alcançar os objetivos profissionais e pessoais desejados.

Aos colegas do contexto de trabalho, pela disponibilidade e colaboração demonstrada para o desenvolvimento do estudo.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, pelo acompanhamento e partilha de conhecimento durante os muitos momentos em conjunto, de forma presencial ou à distância.

Por fim, deixar a todos uma palavra de gratidão e de profundo agradecimento por estarem presentes neste meu percurso formativo.

RESUMO

No enquadramento da realidade atual, o processo de integração assume particular interesse para a adaptação adequada dos enfermeiros, promovendo a assimilação de normas, valores e objetivos organizacionais, bem como o desenvolvimento pessoal e profissional necessário à prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Neste sentido, a incorporação sistemática da supervisão clínica nos processos supervisivos de integração dos novos profissionais, deve ser considerada uma ferramenta pedagógica e formativa de inquestionável valor, pela resposta às necessidades individuais dos enfermeiros, potenciando processos de desenvolvimento profissional e pessoal através de práticas reflexivas, aquisição de competências e melhoria contínua dos cuidados.

Tendo presente estes pressupostos, o presente estudo teve como objetivos: analisar a perceção dos enfermeiros em relação ao seu processo de integração, explorar a perceção dos enfermeiros supervisores clínicos em relação ao processo de integração dos enfermeiros, identificar os modelos ou programas de integração utilizados pelos enfermeiros supervisores clínicos para a integração de enfermeiros, avaliar os fatores facilitadores e barreiras na transição para a autonomia durante o processo de integração e, conhecer o impacto do processo de integração na qualidade e segurança dos cuidados prestados após o período de integração.

A investigação desenvolvida centrou-se no estudo qualitativo, descritivo e exploratório, através da realização de entrevistas semiestruturadas a cinco enfermeiros supervisionados e cinco enfermeiros supervisores clínicos de um Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica de um hospital da região norte de Portugal. Recorreu-se posteriormente à técnica de análise de conteúdo segundo a metodologia de Bardin para tratamento dos resultados obtidos.

Da análise efetuada, salienta-se a inexistência neste contexto de um programa de integração estruturado e planeado, suscitando nos enfermeiros supervisionados o desenvolvimento de sentimentos menos positivos associado ao processo de integração. Para estes enfermeiros, este processo contribuiu ainda na transição para a autonomia na prestação de cuidados de uma forma considerada abrupta face ao seu espetável desenvolvimento de competências. Por outro lado, na perspetiva dos supervisores clínicos, é indiscutível a necessidade da implementação e desenvolvimento de programas de integração, como forma de estabelecer uma matriz que sustente o desenvolvimento da sua função no processo supervisivo.

A implementação de processos supervisivos permite, desta forma, ir ao encontro das necessidades dos enfermeiros, tornando-os mais aptos para o exercício profissional, aumenta a sua satisfação, a vinculação à profissão e, inevitavelmente, contribui para a obtenção de ganhos em saúde.

Descritores: Supervisão Clínica; Enfermagem, cuidados intensivos, desenvolvimento profissional.

ABSTRACT

Within the framework of the current context, the process of integration assumes particular importance for the appropriate adaptation of nurses', promoting the assimilation of organisational norms, values, and objectives, as well as the personal and professional development necessary to ensure the delivery of safe and high-quality care.

In this regard, the systematic incorporation of clinical supervision into the supervisory processes associated with the integration of newly recruited professionals should be considered a pedagogical and formative tool of unquestionable value. It responds to the individual needs of nurses', enhances processes of personal and professional development through reflective practices, skills acquisition, and continuous improvement in the quality of care.

Based on these assumptions, the present study aimed to: analyse nurses' perceptions regarding their integration process; explore clinical nurse supervisors perceptions of the integration of newly recruited nurses; identify the models or integration programmes used by clinical nurse supervisors; assess the facilitating factors and barriers encountered in the transition towards autonomy during the integration process; and determine the perceived impact of the integration process on the quality and safety of care provided following the integration period.

This research adopted a qualitative, descriptive, and exploratory design, conducted through semi-structured interviews with five supervised nurses and five clinical nurse supervisors working in a Paediatric Intensive Care Unit of a hospital located in the northern region of Portugal. Data were subsequently subjected to content analysis using Bardin's methodology.

The analysis revealed the absence of a structured and planned integration programme within this context, which led the supervised nurses to experience negative feelings associated with the integration process. According to these nurses, the process also contributed to an abrupt transition towards autonomy in care provision, given the expected pace of skills development. From the perspective of the clinical supervisors, however, the need to implement and develop integration programmes is undeniable, as these establish a framework that supports the exercise of their supervisory role.

The implementation of supervisory processes thus makes it possible to meet nurses' needs, better preparing them for professional practice, increasing their job satisfaction and commitment to the profession, and ultimately contributing to improved health outcomes.

Descriptors: Clinical Supervision, Nursing, critical care, professional training.

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ES – Enfermeiro supervisionado

ESC – Enfermeiro supervisor clínico

ESEP – Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto

IS-SCE – Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem

MSCE – Mestrado de Supervisão Clínica em Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

SC – Supervisão Clínica

SCE – Supervisão Clínica em Enfermagem

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SMIP – Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica

ULS – Unidade Local de Saúde

et al. - e outros (as) (abreviatura da expressão latina *et alli*)

p. - página

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	14
2.1. Processo de integração dos enfermeiros nos contextos de trabalho... 14	
2.1.1. Integração de enfermeiros no contexto da medicina intensiva pediátrica	26
2.1.2. Aquisição de competências em medicina intensiva pediátrica ...	30
2.1.3. Autonomia dos enfermeiros em medicina intensiva pediátrica ...	37
2.2. Supervisão Clínica em Enfermagem	39
2.2.1. Desenvolvimento profissional dos enfermeiros	41
2.2.2. Relação supervisiva	43
2.2.3. O contributo dos modelos de Supervisão Clínica	53
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	60
3.1. Problemática e objetivos.....	61
3.2. Tipo de estudo	65
3.3. Participantes	66
3.4. Recolha de dados.....	68
3.5. Percorso da investigação	71
3.6. Considerações éticas	75
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
4.1. Perceção do enfermeiro supervisionado em relação ao seu processo de integração no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica	78
4.2. Perceção do enfermeiro supervisor clínico em relação ao processo de integração de enfermeiros no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica	90
4.3. Identificação dos modelos ou programas de integração utilizados	

pelos enfermeiros supervisores clínicos na integração de enfermeiros no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica..... 97

4.4. Fatores facilitadores e barreiras na transição para a autonomia durante o processo de integração no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica 109

4.5. Impacto do processo de integração para a qualidade e segurança dos cuidados prestados após o período de integração no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica.....112

5. CONCLUSÃO 115

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 124

ANEXOS 134

ANEXO I – Guião para entrevista aos enfermeiros supervisionados.

ANEXO II – Guião para entrevista aos enfermeiros supervisores clínicos.

ANEXO III – Informação ao participante na investigação.

ANEXO IV – Modelo do consentimento informado.

ANEXO V – Matriz de análise de conteúdo das entrevistas aos enfermeiros supervisionados.

ANEXO VI – Matriz de análise de conteúdos das entrevistas aos enfermeiros supervisores clínicos.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Ambiente ecológico de interação no período de integração de um enfermeiro (Adaptado de Rua, 2011)..... 22

Figura 2: Competências dos enfermeiros supervisores (Adaptado de Amaral, 2021)..... 25

Figura 3: Desenvolvimento de competências (Adaptado de Teixeira et al., 2021)..... 32

Figura 4: Eixos do Modelo SafeCare (Carvalho et al., 2019, p. 12). 58

1. INTRODUÇÃO

No enquadramento atual dos serviços de saúde em Portugal, somos confrontados com inúmeras descrições de enfermeiros para as situações de precaridade em relação aos contratos expostos, as constantes pressões exercidas pelo sistema de gestão e organização para a prestação de cuidados logo após o início de funções, para um tempo mínimo de adaptação ou mesmo escassez de recursos existentes nos diferentes locais associado à sobrecarga de trabalho de cada profissional.

Por outro lado, motivado pela diferenciação constante exigida em determinados contextos práticos, aos profissionais é solicitada a prestação de cuidados igualmente diferenciados, com a qualidade e segurança legalmente implícita, devendo ainda existir a preocupação para a necessidade de atualização constante de conhecimentos, do desenvolvimento de competências para o acompanhamento da evolução científica e tecnológica, das necessidades crescentes dos clientes, das situações patológicas e respetivas abordagens terapêuticas dos contextos (Carvalho, 2016).

A qualidade dos cuidados prestados será certamente uma prioridade para qualquer organização de saúde, tornando-se como um fator essencial para os cuidados ou mesmo um objetivo de melhoria contínua, requerendo nesse sentido, disponibilidade de equipas altamente motivadas e capazes de promover um investimento profissional e ao mesmo tempo pessoal, em prol da própria organização onde se encontram inseridas (Chaves et al., 2017; Pinto, et al., 2017).

Associado à admissão dos profissionais nos contextos de trabalho, o processo de integração assume assim uma importância significativa, mas ao mesmo tempo, uma exigência em poder ser encarado com um determinado carácter individual em relação a cada profissional. O período de integração deve ser considerado como uma fase importante para a correta adaptação, para o desenvolvimento de uma relação positiva e ao mesmo tempo, uma relação construtiva entre o enfermeiro recentemente admitido e a restante equipa interdisciplinar (Albuquerque, 2021). Desta forma, a busca constante em atingir a perícia através do desenvolvimento de competências deverá ser plasmado de

uma forma prática na aquisição e partilha de conhecimentos, na observação e experimentação, na análise e reflexão das suas práticas (Benner, 2001).

O desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros no seio das organizações, deve ser encarado como uma prioridade face às necessidades em responder às sucessivas e complexas mudanças estruturais, humanas e sociais associadas à prestação de cuidados. Os desafios diários colocados às equipas para a prestação de cuidados diferenciados e de qualidade exigem, por vezes, uma reflexão e desenvolvimento de competências, essenciais como resposta às necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes (Figueira, 2016).

Considerando o papel preponderante desempenhado atualmente pela supervisão clínica (SC) nos processos de tomada de decisão em enfermagem, esta deverá ser incorporada de uma forma consistente nos processos de formação e desenvolvimento dos enfermeiros (Pinto et al., 2023), promovendo uma reflexão constante, orientação e suporte profissional, estabelecendo como metas fundamentais a autonomia e a tomada de decisão na prestação de cuidados de qualidade (Carvalho, 2016; Pires et al., 2021).

A SC associada à prática de cuidados de enfermagem, deve assumir-se como um processo formal, sistemático e de acompanhamento da prática profissional, tendo como finalidade a promoção da tomada de decisão autónoma, valorizando de forma simultânea a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, utilizando como instrumentos principais a reflexão e a análise da prática clínica dos enfermeiros (OE, 2018a).

Face às exigências diárias da prestação de cuidados nos diferentes contextos, a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) representa uma estratégia potenciadora para os cuidados de enfermagem, baseado na reflexão individual das práticas dos profissionais, conduzindo a mudanças positivas para os cuidados prestados e para os próprios enfermeiros, podendo igualmente traduzir-se em indicadores de qualidade para as próprias organizações. A SC, deve permitir aos enfermeiros uma atitude mais consciente das práticas desenvolvidas através de uma responsabilização pelos cuidados seguros e de qualidade que prestam (Tavares, 2013), utilizando todas as potencialidades para a avaliação e organização, mitigando ainda as fragilidades ou influências

negativas potencialmente existentes (Carvalho, et al., 2017).

Neste processo colaborativo de formação e de desenvolvimento pessoal dos enfermeiros ao longo do seu exercício profissional, no qual podemos incluir o processo de integração, os profissionais mais experientes devem assumir um papel importante de supervisores. Recorrendo a diferentes estratégias de apoio, suporte e *feedback*, devem melhorar o seu desempenho no acompanhamento do percurso para a autonomia, potenciando a capacidade de decisão e reflexão sobre a prática, fornecendo os recursos e estratégias importantes à tomada de decisão, sempre baseado na atual evidência (Pinto et al., 2023).

Por outro lado, os profissionais recentemente admitidos nos contextos de trabalho iniciam, durante o seu processo de integração, uma nova fase na construção identitária e profissional, experimentando sentimentos contraditórios, muitas vezes mesmo de conflito do que é o seu desejo pessoal e profissional, das relações interpessoais e profissionais, da aceitação dos limites pessoais e limites impostos, do reconhecimento e aceitação das suas capacidades perante o contexto, da capacidade de aceitação e mesmo do reconhecimento de sentimentos de frustração ou de impotência (Albuquerque, 2021).

Remetendo para contextos complexos como o Serviço de Medicina Intensiva (SMI), em particular as unidades pediátricas, dada a complexidade do ambiente que incorporam tanto a nível dos cuidados associados, da tecnologia ou do próprio ambiente pediátrico, os enfermeiros necessitam de níveis mais elevados de apoio e suporte para conseguirem prestar cuidados aos clientes e aos seus acompanhantes ou familiares (Hussein, 2017).

Face a este contexto, é essencial a construção de programas de integração orientados para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas dos enfermeiros admitidos (enfermeiros supervisionados), permitindo o acompanhamento durante todas as práticas clínicas por um grupo ideal de peritos (enfermeiros supervisores clínicos), por coordenadores (enfermeiros gestores), sobretudo durante o tempo necessário e ao mesmo tempo razoável, para que essa mesma aquisição seja realizada de uma forma considerada por todos como construtiva (Bucchi & Mira 2010).

Perante esta problemática do processo de integração no contexto específico do

Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica (SMIP) e face à escassez de programas de integração em prática de forma estruturada e organizada, associado ao percurso pessoal académico no Curso de Mestrado de Supervisão Clínica em Enfermagem (MSCE) da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto (ESEP), no anos letivos de 2023/2024 e 2024/2025, surgiu a oportunidade de poder desenvolver este trabalho inserido na unidade curricular de Dissertação.

Para a elaboração desta dissertação optou-se por utilizar uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, no qual participaram enfermeiros que exercem funções no SMIP de um hospital central do distrito do Porto.

Relativamente à escolha da técnica para a recolha dos dados, importantes para o desenvolvimento desta investigação, tendo em conta o tema, objetivos, finalidade e desenho do estudo, a escolha incidiu na realização de entrevistas individuais, utilizando como recursos um guião semiestruturado e a gravação das entrevistas, permitindo a posterior análise de conteúdo segundo a metodologia de Bardin.

A presente investigação teve como finalidade analisar a perceção dos enfermeiros sobre o processo de integração no contexto de um SMIP, tendo por base a experiência e presença em processos recentes de integração como enfermeiro supervisor clínico (ESC) ou enfermeiro supervisionado (ES).

Centrado nesta temática, o estudo desenvolvido teve como objetivos centrais:

- Analisar a perceção dos enfermeiros em relação ao seu processo de integração no SMIP num hospital do distrito do Porto;
- Explorar a perceção do ESC em relação ao processo de integração de enfermeiros no SMIP num hospital do distrito do Porto;
- Identificar os modelos ou programas de integração utilizados pelo ESC para a integração de enfermeiros no SMIP num hospital do distrito do Porto;
- Avaliar os fatores facilitadores e barreiras na transição para a autonomia

durante o processo de integração no SMIP num hospital do distrito do Porto;

- Conhecer o impacto do processo de integração para a qualidade e segurança dos cuidados prestados após o período de integração num SMIP num hospital do distrito do Porto.

Para a estruturação do documento, e de acordo com a formatação sugerida pela ESEP, este encontra-se dividido em quatro partes centrais: enquadramento concetual, enquadramento metodológico, análise e discussão dos resultados e conclusão.

Relativamente ao enquadramento concetual, e com base na revisão narrativa da literatura efetuada, pretende-se explicar os conceitos centrais do estudo, contextualizando o processo de integração e a aquisição de competências dos enfermeiros, especialmente em contextos de maior complexidade como sendo o SMIP bem como, o contributo da SC para o processo superviso associado aos enfermeiros nos contextos de trabalho. A segunda parte, remete para o enquadramento metodológico, onde é descrito o processo que concretiza o estudo apresentado, os recursos e a forma de alcançar os objetivos propostos. Na terceira parte, e de acordo com o trajeto da investigação, são explanados os resultados da investigação com a respetiva análise e discussão dos mesmos. Por fim, na quarta e última parte surge a conclusão como reflexo de todo o percurso da investigação, comprovando os aspetos mais relevantes e significativos associados, as limitações encontradas assim como, algumas sugestões para futuras investigações dentro desta área de atuação e da prática em enfermagem.

Por fim, para a revisão narrativa da literatura, recorreu-se às bases de dados acessíveis de forma livre ou com acesso pela ESEP como a, *Academic Search Complete*, *CINAHL Complete*, *MedicLatina*, *MEDLINE Complete*, *Web of Science*, *Scopus* e *PubMed*. Além disso, foi igualmente necessário recorrer à pesquisa em livros publicados dentro da área da SCE, entre outras pesquisas de literatura consideradas cinzentas, nomeadamente com recurso ao motor de busca da *Google*, *Google Académico* e repositórios de acesso aberto em relação a dissertações de mestrado e teses de doutoramento publicadas.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No decorrer da investigação, a realização de uma revisão da literatura deve constituir um passo importante para qualquer elemento que pretenda clarificar, delimitar e organizar os conceitos associados ao seu objeto de estudo. A revisão da literatura deve permitir sintetizar e, ao mesmo tempo, integrar os diferentes contributos dos autores sobre a matéria em estudo e o nível de conhecimento presente, estabelecendo desta forma ligações e expondo a problemática em comum (Freixo, 2018).

Neste sentido, como forma de melhor poder contribuir para a compreensão da temática em estudo e dos conceitos a ela associados, este capítulo pretende apresentar o enquadramento teórico que o investigador considerou relevante em relação ao processo de integração dos enfermeiros e o contributo que a SCE pode fornecer nesse mesmo processo ou período de adaptação aos contextos de trabalho, especialmente quando estes decorrem em unidades ou espaços de maior complexidade como o caso de um SMIP.

2.1. Processo de integração dos enfermeiros nos contextos de trabalho

Com o desenvolvimento atual das políticas de saúde, associado à crescente necessidade e complexidade dos cuidados aos clientes, as organizações de saúde deparam-se com inúmeros desafios no sentido poderem melhorar a qualidade dos cuidados, a competitividade, a rentabilidade e a economia dos serviços que têm associados. Por outro lado, para que todo o sistema possa funcionar de uma forma correta e perfeitamente articulada, não poderá ser descurada uma das inúmeras partes importantes de toda a organização: os recursos humanos. Os profissionais de saúde são indiscutivelmente uma parte imprescindível para a resposta diária das organizações face às necessidades e solicitações, contribuindo em última análise para o sucesso de todo o sistema e organização de saúde.

De uma forma permanente, aos enfermeiros é solicitada uma intervenção adequada à prestação de cuidados segundo determinados padrões de qualidade, de boas práticas, com a segurança e responsabilidade exigida e, de

acordo com a conduta profissional, ética e deontológica associada à profissão de enfermagem (Gonçalves, 2013).

Para uma resposta aos desafios impostos, à gestão organizacional e à integração de novos recursos humanos nas equipas de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, as organizações devem assumir a preocupação perante a necessidade para a disponibilização do período de tempo necessário, da criação de estratégias de apoio e suporte adequadas, tornando todo o processo menos complexo e sobretudo, adaptado às necessidades individuais, locais e organizacionais.

Em simultâneo, deve existir o esforço para possibilitar aquela que pode ser considerada como uma transformação imprescindível, assumindo o processo um carácter mais estimulante e motivador para os intervenientes, potenciando o correto desenvolvimento das competências, das atitudes profissionais, da transição e aquisição de autonomia de forma eficaz, contribuindo em última instância para a melhoria dos cuidados prestados (Macedo, 2012).

Neste sentido, a cultura organizacional pode ser considerada como um elemento facilitador ou por outro lado, assumir-se igualmente como dificultador para a implementação de mudanças ou para a inovação, dependendo sempre da forma como consegue criar ou potenciar as condições favoráveis ou desfavoráveis a essas mesmas mudanças (Teixeira et al., 2021).

Reportando ao significado da palavra integrar, e remetendo esta para a associação de algo, de algum componente ou mesmo de algum conteúdo, a algo ou determinada condição já existente, deve ser sempre considerada como uma mais valia ou um suplemento importante para a construção ou elaboração de algum processo, baseado sobretudo na complementaridade da pessoa como elemento individual, das suas competências, dos restantes intervenientes ou da própria organização (Trindade, 2020).

O processo de integração deverá ser considerado como um aspeto determinante para a correta adaptação dos enfermeiros aos contextos de trabalho, contribuindo para que cada elemento consiga compreender dentro das oportunidades que são disponibilizadas, as suas necessidades em formação, a possibilidade para promover a transladação do conhecimento e das experiências

prévias, a participação em ações e o desenvolvimento profissional dentro do novo contexto e da própria organização (Carvalho, 2016; Macedo, 2012). É importante que os enfermeiros estejam, desde o primeiro momento da sua admissão, efetivamente envolvidos na prática clínica do contexto onde foram admitidos, estejam integrados num sistema de melhoria contínua da prática de cuidados, de acompanhamento e de suporte, sempre de acordo com qualidade e a segurança exigida, devendo ainda ser verdadeiros promotores do desenvolvimento profissional e pessoal através da eficaz mobilização de conhecimento e aquisição de competências (Macedo, 2012; Ramos, 2023).

O período de adaptação deve ser assumido como um processo, não só de adaptação à organização, à unidade ou ao contexto de trabalho em específico através da transmissão dos objetivos e dos valores que incorporam, mas deve ser sobretudo um período facilitador para a transição dos novos enfermeiros para um ambiente de trabalho concreto, para um contexto específico da prestação de cuidados, diferente muitas vezes da sua prática profissional prévia ou, por outro lado, envoltos em determinada complexidade ou associado a determinado grau de imprevisibilidade. Este período deve culminar sempre numa adequada integração do profissional (Pinto et al., 2023).

O processo de integração deve ser considerado como um processo único, uma experiência individual de cada profissional, sempre inserido e dependente das características do contexto, e de acordo com cada momento do seu percurso profissional e pessoal, devendo contribuir ainda para uma mudança na forma de atuação dos seus intervenientes (Serrano et al., 2011).

Por outro lado, a consciencialização sobre o seu processo de integração, será um ponto fulcral para a transição e capacitação dentro do novo contexto, para a aquisição de um conjunto de valores e normas, para a socialização rápida e eficaz no seio da equipa interdisciplinar permitindo, numa última perspetiva, que a organização consiga atingir os próprios objetivos relativamente à gestão dos próprios recursos humanos (Carvalho, 2016; Gonçalves, 2013).

Perante as exigências do período inicial de adaptação aos contextos de trabalho, deverá ser aceitável a possibilidade de existir falta de experiência em determinadas situações, necessidade de novas aprendizagens e

desenvolvimento de competências (Silvestre, 2012). É igualmente frequente nos profissionais recém-admitidos, surgirem experiências e sentimentos desagradáveis como ansiedade, medo, angústia, dúvida, insegurança ou mesmo, determinados períodos de desanimo ou impotência (Silva, 2010), podendo conduzir em última análise à possibilidade para a ocorrência de falhas ou mesmo determinado tipo de erros.

Para colmatar as dificuldades inerentes ao processo de integração, é fundamental a inclusão de programas formais, sistematizados, organizados e adaptados aos contextos de trabalho, respeitando ainda aquilo que são os padrões de qualidade para a prática de enfermagem (Longpré et al., 2014; Serrano et al., 2011).

Estes programas de integração, não devendo ser encarados como planos meramente teóricos, podem desempenhar um importante papel na redução de sentimentos iniciais de *stress*, ansiedade e *burnout* dos profissionais, podendo ainda constituir uma matriz facilitadora na transição para a autonomia ou, contribuir para construção de padrões de melhoria contínua na qualidade e segurança dos cuidados prestados (Abreu, 2007; Cruz, 2012; Cutcliffe et al. 2018; Macedo, 2012).

Face aos desafios e características que cada contexto contempla, será preponderante que todo o processo de integração consiga incorporar um planeamento estruturado, reunir os recursos, o tempo e as estratégias necessárias à capacitação dos enfermeiros face às exigências dos cuidados associados, ao possível ambiente gerador de ansiedade, de *stress*, ou mesmo dos conflitos internos e externos passíveis de se desenvolverem. O programa de integração deve ser assumido, como um instrumento sistemático de suporte, de apoio e sobretudo, como uma estrutura facilitadora ao desenvolvimento dos profissionais recém-admitidos, tendo para isso de ser ajustado às necessidades e exigências dos profissionais, da qualidade e segurança dos cuidados e dos próprios contextos de trabalho (Pinto et al., 2023).

Esta estrutura deve constituir uma fonte de suporte e apoio à reflexão, à capacidade de análise das práticas, ao desenvolvimento de aprendizagens favoráveis pela troca de experiências entre o ESC e o ES, ao desenvolvimento

peçoal e profissional de forma sólida e dinâmica ou à definição de estratégias para colmatar as dificuldades ou constrangimentos que possam surgir (Ramos, 2023; Serrano et al., 2011).

Para que possa existir aprendizagem pela experiência, é necessário que exista intencionalidade por parte dos atores em todas as situações de interação e que, as próprias interações com as experiências façam sentido para o desenvolvimento pessoal e profissional de ambos os intervenientes (Serrano et al., 2011). Esta reciprocidade de intenção nas diferentes interações, permite o desenvolvimento sólido e dinâmico de um processo de ensino aprendizagem, assumindo-se ainda como estimulante na procura do conhecimento e na melhoria contínua.

O programa de integração deve ser responsável pelo processo de construção do saber profissional, do saber situacional em relação ao contexto onde está inserido, tanto a nível local como da organização em geral, da contextualização prática dos conhecimentos teóricos apreendidos, e ainda, dos novos conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros com mais experiência (Abreu, 2007).

O processo supervisivo de integração de novos enfermeiros deve ter por base um conjunto de características únicas, refletindo um carácter de questionador, analítico, teorizador e simultaneamente reflexivo. Estas características tornam-se fundamentais para a construção do conhecimento e para o desenvolvimento profissional, devendo centrar atenção no acompanhamento e perspetiva dialogante entre o ESC e o ES (Macedo, 2012).

A integração de novos profissionais deve permitir aprendizagens técnicas, onde a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática clínica, a experimentação, a partilha de conhecimentos e a busca constante para atingir a perícia no contexto de trabalho (Benner et al., 2001). Além de todos os conhecimentos e competências técnicas e não técnicas que possam ser adquiridas ou que se encontrem inseridas no programa de integração, aos profissionais dos contextos clínicos deve ser exigido o desenvolvimento de competências que contribuam de uma forma estruturada e sistemática para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão (Abreu,

2007).

Para que as experiências dos enfermeiros possam resultar em crescimento pessoal e profissional, os sentimentos negativos associados necessitam de ser ultrapassados, através da implementação de programas onde estejam envolvidos profissionais e supervisores clínicos competentes, capazes de aplicar determinadas estratégias facilitadoras. Por outro lado, o profissional deve ser capaz de se adaptar aos diferentes contextos e funções a desempenhar, de resolver situações de grande indefinição ou de adaptar-se àquelas que comportem grandes níveis de imprevisibilidade (Serrano, 2008).

Assumindo a importância da responsabilidade perante os processos de integração dos novos profissionais, e tal como explanado no Decreto-Lei n.º 71/2019 no nº 2 do artigo 9º (p. 2627), sobre o conteúdo funcional da carreira de enfermagem, podemos verificar que é da responsabilidade do enfermeiro, “coordenar e supervisionar enfermeiros em contexto de integração profissional e supervisionar, quando adequado, a formação de outros perfis profissionais”. Esta responsabilidade é igualmente alargada aos enfermeiros especialistas através da responsabilização para “coordenar a supervisão clínica de enfermeiros especialistas da sua área de especialização, coordenar e supervisionar enfermeiros especialistas em contexto de integração profissional, acompanhar processos de avaliação de desempenho de enfermeiros (. . .) e, coordenar (. . .) a formação de outros profissionais” (Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio, 2019, p. 2627).

Tal como exposto, e segundo o mesmo decreto-lei, esta responsabilização perante o processo de integração de novos profissionais deve ser alargada ainda aos órgãos de gestão e por isso, incorporado igualmente no que é o conteúdo funcional da carreira dos enfermeiros gestores através da atribuição da gestão dos

“recursos da unidade ou serviço, otimizando as respostas às necessidades em cuidados de saúde das pessoas, grupos ou comunidade (. . .), gerir os recursos humanos funcionalmente dependentes em função das necessidades de cuidados (. . .), através de planos de trabalho (. . .),

otimizando a eficiência e a produtividade, criar condições de trabalho cooperativo e de efetiva articulação da equipa multiprofissional, um ambiente de trabalho saudável (. . .), a dignidade e autonomia do exercício profissional e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, garantir uma prática de Enfermagem (. . .), baseada em normas de boa prática e na melhor evidência científica, garantir a implementação dos processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (. . .), promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados (. . .) e avaliar o desempenho dos enfermeiros (Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio, 2019, p. 2628).

A sensibilização para esta temática deve ser encarada como uma prioridade por todos os elementos de uma equipa interdisciplinar, principalmente pelos enfermeiros responsáveis e orientadores dos processos de integração de novos elementos. Desta forma, sem retirar qualquer responsabilidade ao elemento em processo de integração, todos os elementos da equipa devem disponibilizar a ajuda para os colegas atingirem o domínio alargado e profundo do conhecimento, o potenciar do desenvolvimento e da capacidade de observação, da análise crítica e reflexiva, do autocontrolo emocional nas situações de maior exigência, da comunicação e do trabalho em equipa no contexto onde foram inseridos ou na própria organização (Serrano et al., 2011). Todos os profissionais devem refletir nos resultados e assumir as responsabilidades associadas à prática de cuidados que desenvolvem.

Neste sentido, é na reflexão conjunta sobre a aprendizagem e o processo de desenvolvimento dos profissionais, juntamente com o compromisso de todos os intervenientes que se consegue a concretização dos objetivos comuns e o sucesso para a implementação de programas de integração eficazes (Macedo, 2012), fundamentais para que se obtenham determinados benefícios para os profissionais, para os serviços e sobretudo para as organizações e sistemas de saúde.

A reflexão sobre estes aspetos deve ser considerada como promotora do conhecimento profissional, uma vez que centra a sua atividade no questionar permanente que cada profissional deve realizar das práticas, sendo igualmente um instrumento de autoavaliação que regula o desempenho profissional e pessoal. A prática reflexiva, assumindo um sentido autocrítico e positivo, uma visão aprofundada e distinta das experiências, possibilita assim que todos realizem uma autoavaliação, uma previsão dos acontecimentos, o distanciamento em relação ao que não é desejável e sobretudo, um desenvolvimento profissional positivo e consistente (Ribeiro, 2012).

A prática reflexiva é caracterizada por um processo que visa o desenvolvimento dos profissionais, permitindo identificar as oportunidades de aprendizagem, a promoção de competências contínuas e a identificação de objetivos essenciais ao desenvolvimento pessoal e profissional, ou seja, trata-se de um progresso contínuo desde o iniciado até ao perito (Serrano et al., 2011). Sem a reflexão sobre da prática diária, não é possível a identificação de falhas ou das possíveis soluções para corrigi-las (Teixeira et al., 2021). Com a conjugação destas vertentes consegue-se definir de forma abrangente aquilo que é o processo de ensino aprendizagem, quer seja ele formal ou informal (Santos, 2009).

Por outro lado, a formação inicial quando aplicada de uma forma isolada não traduz uma consequente melhoria no desempenho ou desenvolvimento do profissional. O profissional deve assumir a necessidade de manter um processo contínuo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, confrontando de forma simultânea aquilo que são os seus patrimónios individuais com os patrimónios coletivos das equipas, com as diferentes perspetivas sobre as situações ou experiências, mas sobretudo, com a necessidade de desenvolver processos reflexivos como forma de dar visibilidade aos conhecimentos e às capacidades que foram sendo adquiridas (Abreu, 2007).

Neste sentido, cada profissional no seio das suas equipas desempenha um papel importante, com a sua experiência e conhecimento, para o programa de integração, contribuindo de forma decisiva para a construção do trabalho em equipa e consequentemente para a prestação de cuidados de enfermagem com segurança e qualidade (Macedo, 2012). Verifica-se assim, uma influência de

grupo na integração de normas e protocolos, o que permite uma adaptação a um novo contexto da prática profissional e possivelmente a uma nova organização.

Em relação aos contextos da prestação de cuidados, e tal como foi sendo exposto, assumem um papel preponderante para o desenvolvimento dos profissionais, podendo assim interferir de forma positiva ou mesmo negativa. Quando um enfermeiro, proveniente de outro serviço ou de outra organização, é admitido e inicia o seu período de adaptação, verificam-se sucessivas transições ecológicas ao longo do tempo, permitindo ampliar e diversificar aquilo que é a sua representação inicial desde o enfermeiro, ao colega e membro da equipa interdisciplinar, assumindo para isso funções sucessivamente mais diversificadas, mais complexas e de maior responsabilidade (Rua, 2011).

Como demonstrado na Figura 1, durante o período de integração de um enfermeiro, observa-se um contínuo de interações em vários níveis, em sentido crescente e de forma positiva, importante para a aquisição de conhecimentos, para o desenvolvimento de competências e para o assumir de responsabilidades dentro da equipa, do serviço e da própria organização.



Figura 1: Ambiente ecológico de interação no período de integração de um enfermeiro (Adaptado de Rua, 2011).

Apesar de um programa de integração poder assumir-se como um instrumento para a aceitação dos enfermeiros nos contextos de trabalho e no seio das

equipas de uma forma rápida (Albuquerque, 2021), não deve ser permitido que sejam ultrapassados outros parâmetros igualmente importantes e que, impactam com as necessidades próprias da formação profissional ou condição pessoal dos profissionais.

Este período, por muitos definido de uma forma estanque independentemente dos contextos onde são aplicados, deverá ser considerado ajustável às necessidades imediatas e a longo prazo dos contextos da prática de cuidados, contemplando a avaliação do processo de desenvolvimento e a aquisição de competências por parte do enfermeiro em integração. Mesmo com todas as condicionantes organizacionais ou de gestão que possam coexistir, a cada profissional deve ser atribuído um período de integração razoável, essencial ao desempenho da sua atividade profissional, de uma forma consistente, dinâmica e de acordo com os padrões de qualidade e segurança definidos (Macedo, 2012).

O tempo alocado ao processo de integração, podendo ser também considerado como uma fase estratégica ao desenvolvimento do enfermeiro a integrar, deve ser revisto e adaptado a cada profissional de uma forma muito particular, à complexidade ou especificidade do contexto, tendo por base as experiências anteriores dos profissionais envolvidos, as capacidades de aprendizagem demonstradas, as características pessoais e utilizando, sempre que possível, todas as estratégias disponíveis ou consideradas facilitadoras ou mesmo potencializadoras para os processos de ensino e aprendizagem a desenvolver (Cunha, 2017; Gonçalves, 2013).

Tendo por base o descrito, o processo de integração tende a tornar-se um processo demorado, implicando tempo para que se verifique inicialmente a socialização do novo enfermeiro com o ambiente físico e social da organização (Gonçalves, 2013) e posteriormente, com a equipa interdisciplinar, com tarefas ou as novas funções a desempenhar no novo contexto.

Por outro lado, e devendo ser um processo dinâmico, com interações saudáveis entre os vários intervenientes, deve idealmente terminar quando o novo elemento consiga ser capaz de refletir criticamente sobre as tarefas a desempenhar, contribuir de forma positiva nas diferentes iniciativas por forma a,

enfrentar as possíveis dificuldades ou situações inesperadas e conseguir dar a resposta adequada no âmbito daquilo que são as suas funções e competências (Pinto, 2013).

A concretização de uma aprendizagem significativa em contexto clínico requer, para além do tempo adequado, interações sociais eficazes entre os diversos intervenientes, sendo de especial relevância os fatores afetivos e a motivação para a produtividade, bem como a importância de se proporcionar uma integração consistente e um ambiente de trabalho acolhedor (Abreu, 2007). Os ambientes saudáveis e com melhores condições de trabalho, refletem-se diretamente na saúde e na qualidade do atendimento dos profissionais (Machado et al., 2012). Reconhece-se ainda que o incremento dos sentimentos de bem-estar, de satisfação e de motivação são imprescindíveis para a educação e formação em contexto de trabalho (Macedo et al., 2019; Silvestre, 2012).

O acolhimento e a integração são etapas importantes para a organização, serviço e para o profissional, dado serem consideradas como mecanismos orientadores e esclarecedores das expectativas ou fonte para identificação das necessidades, esperando conseguir promover uma satisfação e uma orientação para os resultados a alcançar.

Quando organizados, adaptados aos contextos da prática e às necessidades dos intervenientes, os programas de acolhimento e de integração devem ser considerados mecanismos úteis na redução da ansiedade ou outros sentimentos negativos, conduzindo posteriormente à redução da rotatividade entre serviços, à diminuição do tempo necessário para a adaptação ou ao desenvolvimento mais consistente profissional e pessoal de cada profissional (Trindade, 2020).

A questão central em relação ao processo de integração dos enfermeiros e à respetiva supervisão, relaciona-se com a necessidade de ser definido um plano e objetivos específicos a cada serviço ou contexto, que ajude os novos profissionais a não se sentirem elementos estranhos ou não pertencentes a esse mesmo serviço ou organização. Os enfermeiros devem sentir que estão inseridos na equipa desde o primeiro dia, seguros na execução das atividades inerentes à prestação de cuidados e sobretudo, com um sentimento de pertença relativamente ao local de trabalho e à organização (Macedo, 2012).

A ausência de orientações assume-se como outra questão determinante para o processo, conduzindo cada enfermeiro ao desenvolvimento de um percurso com objetivos e modelos próprios, podendo não corresponder no final ao desejável (Gonçalves, 2013), ao esperado ou, podendo mesmo culminar no insucesso do próprio programa de integração. O processo de integração exige por isso, uma organização e planeamento adequados, procurando definir os aspetos centrais para o modelo global de cuidados, as estratégias e os meios para alcançar os objetivos inicialmente definidos (Flores et al., 2022).

Segundo Soares (2004), a procura da excelência dos cuidados e a sua adequação com a evidência científica, será uma forma de os enfermeiros promoverem a qualidade dos cuidados. Para que este processo seja eficaz, exige-se o acompanhamento e a orientação experiente, capaz de promover a monitorização dos cuidados, a construção e mobilização dos saberes na prática por parte dos enfermeiros.

De acordo com a Figura 2, o ESC deve deter competências específicas para conseguir, por vontade própria e nunca por imposição superior, desempenhar esta função de orientação de outros profissionais.



Figura 2: Competências dos enfermeiros supervisores clínicos (Adaptado de Amaral, 2021).

No entanto, os enfermeiros, para melhor poderem gerir o tempo na prestação direta de cuidados, descoram muitas vezes as atividades associadas aos processos de ensino aprendizagem dos novos profissionais ou de acompanhamento dos processos de integração da forma mais correta (Simões & Garrido, 2007). A supervisão das práticas clínicas, para além de exigir a disponibilidade e depender da vontade individual do profissional responsável deve requerer, junto das organizações, da disponibilização do tempo e espaço oportunos para a reflexão conjunta entre os intervenientes.

Apesar da evolução aparentemente consistente na segurança dos cuidados e dos resultados positivos com a implementação de políticas de qualidade, existe ainda a necessidade de clarificar e padronizar formas de atuação a nível das organizações, que permitam inequivocamente, uma prática promotora de um clima de qualidade (Tavares, 2013), preparando os enfermeiros para responder a desafios mais exigentes, nomeadamente como agentes ativos para a mudança e inovação.

2.1.1. Integração de enfermeiros no contexto da medicina intensiva pediátrica

Remetendo para o objetivo pelo qual foram criados, os SMI dedicam-se à assistência interdisciplinar, de forma intensiva e contínua, a todas as situações que possam provocar alterações fisiopatológicas potencialmente reversíveis, com iminente ou eventual falência de uma ou mais funções vitais, necessitando, para isso, de meios artificiais de suporte de vida, num período compreendido entre o primeiro mês de vida e inferior aos 18 de idade (OE, 2018c).

No caso do SMIP, os enfermeiros são solicitados a intervir junto de crianças (idades compreendidas entre o primeiro mês de vida e os 18 anos) em risco iminente ou mesmo com falência das suas funções vitais através de uma priorização de cuidados, além da necessária interação com a respetiva família.

Face à abrangência de atuação, assume-se como fundamental o desenvolvimento de conhecimentos, de qualificações académicas e sobretudo, uma abertura à aprendizagem contínua e aquisição de competências específicas para este tipo de contextos de trabalho (Linn et al., 2019), competências estas que transcendem de forma significativa qualquer formação efetuada nos cursos

de licenciatura.

Neste contexto, e pelas suas características específicas, é ainda frequente o acontecimento de situações com grau de imprevisibilidade significativo, onde a pressão temporal, o *stress* ou a frustração podem condicionar as inúmeras intervenções dos enfermeiros (Ballester-Arnal et al., 2016). Estas condicionantes colocam junto dos órgãos de gestão das organizações, uma pressão acrescida para a manutenção e fixação de profissionais, exigindo simultaneamente um planeamento estruturado para a implementação de programas de desenvolvimento profissional (Silvestre, 2012).

Associado à fixação e retenção dos enfermeiros, a motivação, a satisfação e os sentimentos de bem-estar assumem-se como fundamentais para a formação dos profissionais nos contextos de trabalho (Macedo et al., 2019; Silvestre, 2012), o que se traduz, posteriormente, em melhores condições de trabalho e ambientes saudáveis, refletindo-se inevitavelmente na qualidade dos cuidados prestados (Machado et al., 2012).

Reconhecer a complexidade do contexto da medicina intensiva, dos requisitos em relação às competências aos profissionais exigida, das dificuldades na prestação de cuidados e das inúmeras estratégias utilizadas, assume-se como fulcral para facilitar a integração de novos profissionais e para a implementação de programas que conduzam à melhoria contínua em relação à segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem (Linn et al., 2019;).

Os processos de integração devem conseguir responder às exigências deste contexto, da prática de cuidados complexa e tecnologicamente dependente, mas, por outro lado, devem potenciar uma aprendizagem centrada na evidência, nas estratégias do pensamento crítico face aos focos de intervenção e de decisão autónoma em enfermagem (Llewellyn & Day, 2008).

Relativamente ao processo de desenvolvimento de competências durante o período de integração de um enfermeiro, este deve incorporar um processo de reflexão sobre os problemas identificados, promover a consciencialização e a partilha entre as equipas interdisciplinares, tendo como objetivo máximo a transformação do conhecimento e a integração de práticas com qualidade (Abreu, 2007; Serrano, 2008). A transmissão deste conhecimento especializado

é fundamental para a constante melhoria e excelência do exercício profissional nestes contextos de alta especificidade, proporcionando o ambiente clínico ideal ao sucesso dos processos implementados e ao desenvolvimento de competências de todos os profissionais (Flores et al., 2022).

A este nível, o enfermeiro deve desenvolver competências para identificar as necessidades da criança e família, promover a conceptualização, a execução e avaliação das intervenções e resultados obtidos, tendo como objetivo central a prestação de cuidados de qualidade de forma individual e única (Tavares, 2013).

O enfermeiro considerado perito é detentor de uma enorme experiência e conhecimento, evidenciando um julgamento clínico ágil e intuitivo na identificação dos problemas do doente e família, prestando cuidados de forma holística (Benner et al., 2009). Deve ainda assegurar, o respeito pelos princípios éticos da profissão baseada em conhecimentos científicos e na evidência disponível, na capacidade de liderança, na iniciativa e responsabilidade, na autonomia e maturidade, mantendo para isso uma estabilidade emocional forte face às múltiplas situações críticas vivenciadas (Cunha, 2017).

A integração neste contexto exige aprendizagens técnicas, onde a competência é sublimada essencialmente pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática clínica, a experimentação, a partilha de conhecimento em contexto de trabalho, permitindo assim a busca e atualização constante para o atingir do nível de perícia (Benner et al., 2001; Carvalho, 2016).

No entanto, a componente técnica presente, a diferenciação exigida e a aparente segurança que possam transmitir, assumem-se como uma forte atratividade para muitos dos profissionais, transformando-os supostamente em especialistas, unicamente pela aplicação de complexos algoritmos ou de um elevado desempenho a nível técnico. Observa-se com frequência a fixação a uma determinada racionalidade técnica, a um padrão de conhecimento empírico que se sobrepõe em relação a outras áreas do saber em enfermagem. A obsessão pela prática e técnica associada a estes contextos complexos, descontextualiza em muito a verdadeira prática de cuidados em enfermagem, colocando em plano acessório a mobilização de conhecimentos igualmente importantes como o estético, o ético ou o processual (Cunha, 2017).

Nesse sentido, o processo de integração deve permitir a formação de profissionais competentes, com a capacidade de responder de forma eficiente à multiplicidade de situações de saúde e de doença, situações técnicas ou de procedimentos colaborativos com a equipa interdisciplinar (Macedo et al., 2019). Para a prestação de cuidados no contexto da medicina intensiva pediátrica, os enfermeiros devem conseguir desenvolver as suas capacidades e o domínio do conhecimento de uma forma ampla, mobilizando de forma dinâmica e eficaz os conhecimentos e experiências anteriores, utilizando a tecnologia disponível em benefício único da prestação de cuidados diferenciados, da qualidade e com a segurança exigida (Cunha, 2017).

A este nível, é importante recorrer a estratégias de planeamento essenciais ao modelo de cuidados, de demonstração, de treino e de simulação com a fiabilidade possível ou disponível, disponibilizando nesse sentido dos recursos mínimos para o acompanhamento e *feedback*, para a construção de um percurso com a resiliência e estratégias de *coping* essenciais ao colmatar das dificuldades encontradas, à prevenção do *burnout* ou à rotatividade dos profissionais (Flores et al., 2022).

Face a este processo e ao contexto, o enfermeiro responsável pelo processo de integração deve ser um profissional com experiência, com competência na abordagem ao doente crítico pediátrico, reconhecido ainda pela sua capacidade, conhecimento, formação e experiência no contexto, capaz de proporcionar as experiências significativamente positivas para o processo de integração. Deve promover ainda o envolvimento, a satisfação e motivação no novo profissional, tornando-o mais autónomo e seguro para a prestação de cuidados de enfermagem (Silvestre, 2012).

Face aos aspetos condicionantes associados aos processos de integração, a capacidade de adaptabilidade dos mesmos assume uma exigência para a sua elaboração e concretização, nomeadamente no que diz respeito à definição de objetivos ou competências a avaliar. Neste sentido, apesar de poder ter sempre como ponto de partida uma matriz na sua orientação, deve tornar-se um processo individual e bastante dependente dos intervenientes.

Na medicina intensiva pediátrica, a experiência e a perícia dos enfermeiros são

fatores determinantes para a qualidade dos cuidados de enfermagem e para a obtenção de resultados positivos. A presença de profissionais considerados peritos nestas áreas da prestação de cuidados de enfermagem assume uma importância significativa, quer pela necessidade da tomada de decisão autónoma, quer pela prestação de cuidados de forma diferenciada que podem, em determinada perspetiva, interferir de forma significativa na condição de estabilidade ou de recuperação da criança.

2.1.2. Aquisição de competências em medicina intensiva pediátrica

O processo de integração de novos profissionais, deve permitir de uma forma dinâmica, sistemática, mas ao mesmo tempo personalizada, a formação de acordo com o modelo e necessidades em cuidados de enfermagem, a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de competências.

Tendo como ponto de partida esta perspetiva para a aquisição e desenvolvimento de competência, para o verdadeiro contributo no desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros em relação aos contextos de trabalho, importa clarificar que esta competência, apesar de poder incorporar componentes como o conhecimento, habilidades ou aptidões, não deve ser confundida como tal. Na verdade, todos podemos de uma forma inata ser detentores de determinadas habilidades ou aptidões que, fruto da influência diária, do conhecimento e da experiência que vamos adquirindo, podem transformar-se mais tarde em competências (Santos, 2009).

O termo competência encontra-se muitas vezes associado à forma correta como é executado determinado ato, ou seja, à forma como cada profissional consegue, rodeado pelas circunstâncias específicas e em cada contexto de trabalho, executar, avaliar ou encontrar as soluções adequadas aos problemas ou situações, mantendo a possibilidade e necessidade de uma adaptação (Sá-Chaves, 2011).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) defende também o conceito de competência, associando-o à capacidade que o enfermeiro demonstra para praticar de forma segura e eficaz os cuidados de enfermagem, exercendo para isso a sua responsabilidade profissional. Acrescenta ainda que, demonstrar competência é

sobretudo saber mobilizar e combinar os recursos disponíveis, ter a capacidade de integrar saberes muitas vezes heterogéneos, mas fulcrais para conseguir realizar a sua atividade profissional. Neste sentido, o desenvolvimento de competências deverá assumir como propósito a prestação de cuidados de qualidade, baseado na premissa de uma prestação de cuidados de forma personalizada e requerendo por parte do enfermeiro, a sensibilidade necessária a essa mesma individualidade (OE, 2010).

Um profissional para ser considerado competente necessita de ter presente o conhecimento do que é o saber agir de forma responsável, de promover a mobilização, integração e transferência do conhecimento com o objetivo da prestação de cuidados diferenciadores dentro da sua área de atuação (Ruthes & Cunha 2008), utilizando sobretudo como estratégia a reflexão nas ações e sobre as ações que desenvolve de uma forma permanente (Schon, 1987).

Um profissional competente deve conseguir ultrapassar aquilo que são as prescrições ou o simples saber agir perante as indicações e, fruto da sua responsabilidade e poder de reflexão, deve conseguir ter iniciativa própria (Gonçalves, 2013). O desenvolvimento da competência, e de acordo com a Figura 3, deverá ser sempre um processo dinâmico, resultante de uma interação contínua entre o profissional, o contexto e os restantes sujeitos, não ficando por isso restrito à conjugação de saberes já acumulados pela experiência profissional ou pela formação previamente realizada (Correia, 2012; Teixeira et al., 2021).

A competência dos enfermeiros não corresponde assim ao acumular de conhecimento, títulos académicos, profissionais ou habilidades descritas com maior ou menor pormenor, mas concretiza-se nos contextos da prática, num processo em que sujeito e o contexto se enriquecem mutuamente, sendo o seu resultado final a forma como consegue a integração simultaneamente das várias premissas (Serrano, 2008).

Os enfermeiros adquirem competências quando se integram em processos de aprendizagem e formação contínua, dando resposta às necessidades do indivíduo e família de uma forma significativa e permanente.

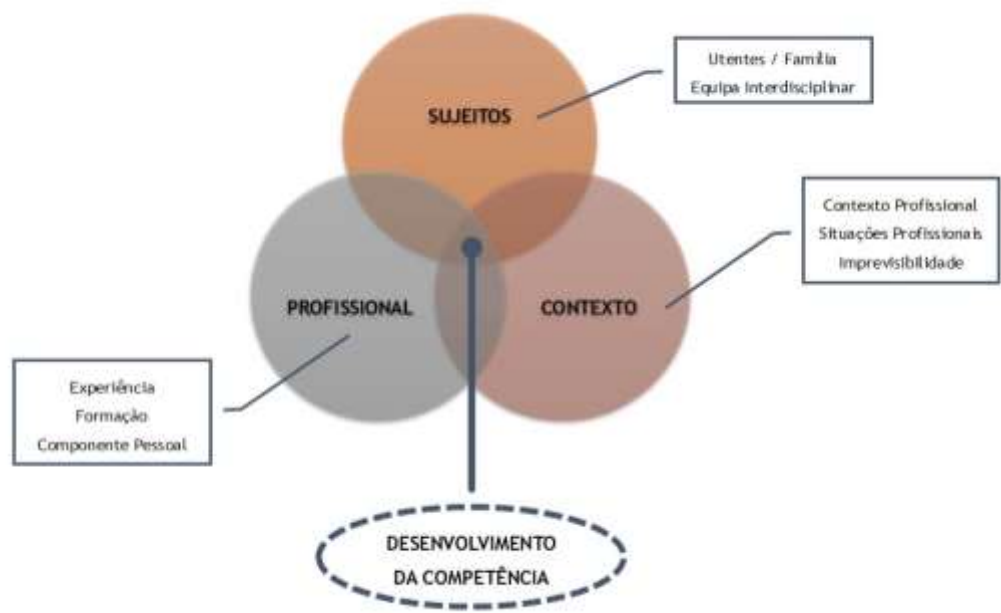


Figura 3: Desenvolvimento de competências (Adaptado de Teixeira et al., 2021).

O profissional deve assumir a necessidade de manter um processo contínuo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, confrontando de forma permanente e simultânea os patrimónios individuais, os patrimónios coletivos das equipas onde se insere, as diferentes perspetivas das situações vivenciadas, mas sobretudo, interiorizando a necessidade de desenvolver processos reflexivos como forma de dar visibilidade aos seus conhecimentos e às suas capacidades (Abreu, 2007).

Atingir a competência em enfermagem deve passar por promover e estimular a qualidade, o desenvolvimento das práticas baseado numa atitude crítica e reflexiva por parte de todos. Aos profissionais, além do tradicional conjunto de conhecimentos, de habilidades, de destreza com a qualidade e segurança implícita, deve ser exigida uma capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e de trabalhar os seus fundamentos, tornando-os mais sólidos e consistentes.

Podendo não ser assumido de forma permanente como um processo linear, o processo de desenvolvimento de um enfermeiro pode contemplar momentos ativos de construção e aquisição de competências, alternado com outros de aparente estagnação ou mesmo retrocesso. Apesar disso, não significa que não evoluem, que não conseguem adquirir a competência ou o patamar de perícia

no seu desenvolvimento profissional (Benner et al., 2009). Por outro lado, precisam de conseguir ter a perceção de que, como agentes ativos na procura de determinadas qualificações válidas no espaço social e profissional, devem assumir um papel preponderante em todo o processo como forma de alcançar a competência (Cunha, 2017).

Por outro lado, às organizações deve ser igualmente exigido a disponibilização do tempo necessário para que os profissionais possam ingressar em programas de aprendizagem ao longo da vida, criando assim a motivação essencial à formulação dos contributos para a enfermagem enquanto ciência (Serrano, 2008).

Como elementos efetivos nas equipas interdisciplinares na prestação de cuidados, os enfermeiros devem ser considerados e assumir o papel de atores ativos, importantes para os processos de mudança, de aquisição e de desenvolvimento de competências presente nos processos de integração dos novos elementos. O desenvolvimento profissional dos enfermeiros está enquadrado na filosofia da prática do cuidar, integrando assim uma perspetiva humanista e humanizante (Abreu, 2007).

O programa de integração torna-se um modelo importante para a aquisição de competências dos profissionais admitidos. Quando integrados e adaptados aos contextos práticos de forma estruturada e sistemática, estes programas ajudam-nos a refletir sobre a formação, transformando-se em modelos de transmissão do conhecimento e na forma como podemos integrar a formação prática na produção de conhecimento face a cada contexto. Estes modelos, presentes e importantes na formação inicial, visam exercitar os enfermeiros para a prática, tornando-os profissionais verdadeiramente reflexivos e autónomos (Santos, 2009).

Atualmente, no contexto da medicina intensiva pediátrica, assistimos ainda ao domínio de uma racionalidade técnica com o predomínio dos modelos biomédicos na aplicação da tecnologia face ao objetivo primordial, à estabilização e tratamento das condições ameaçadoras da vida da criança, remetendo para um plano de menor importância aspetos de caráter próprio e relacionados com a verdadeira prática do que são cuidados de enfermagem.

Neste contexto, o enfermeiro deverá ser considerado como competente quando, para além da aprendizagem e experiência prévia, conseguir integrar, mobilizar e aplicar de forma consistente, dinâmica e rigorosa os novos conhecimentos e habilidades na resolução dos problemas ou resposta às situações com qualidade, mesmo quando estas apresentam um grau significativo de imprevisibilidade (Gonçalves, 2013; Sousa, 2009). Deve assegurar ainda que, a sua prática respeita os princípios éticos da profissão, utiliza a melhor evidência como suporte para as suas intervenções, tem a capacidade de liderança, de trabalho, a iniciativa, a responsabilidade, a autonomia e a maturidade, importantes para a manter a estabilidade emocional adequada face às múltiplas situações e solicitações (Cunha, 2017).

No panorama atual dos programas de integração dos enfermeiros nestes contextos da medicina intensiva, será importante conseguir incorporar um novo paradigma de racionalidade crítica, baseado na reflexão das ações associadas certamente à componente tecnológica. Os programas de integração devem proporcionar e potenciar um espírito crítico e construtivo dos intervenientes, importante para o desenvolvimento de competências em relação à prática diária de cuidados com qualidade.

Por outro lado, esta realidade deve pressupor a utilização de estratégias facilitadoras, mas ao mesmo tempo estimuladoras e inovadoras para todo o processo. A simulação de situações concretas e reais permitem, desta forma, o desenvolvimento de um raciocínio clínico em situações de um possível agravamento, de uma forma controlada e num ambiente seguro, aumentando de forma significativa o conhecimento e confiança do profissional em integração. O recurso à simulação e ao treino simulado, constituem-se como estratégias potenciadoras da aprendizagem dado serem, em primeiro lugar situações reais simuladas e por outro lado, quando acompanhadas de um *debriefing* estruturado e *feedback* construtivo, potenciadoras da experiência, da segurança e da facilidade para a tomada de decisão autónoma (Linn et al., 2019).

De acordo com a OE (2018b; 2019), o enfermeiro em processo de integração num SMIP deverá, tendo como foco os domínios de âmbito geral e específico, conseguir adquirir competências como:

- O desenvolvimento de uma prática respeitando os princípios da conduta profissional, ética e legal;
- O desenvolvimento profissional com a integração das exigências do contexto;
- Cuidar da criança e família prestando cuidados específicos de acordo com as necessidades identificadas e resultantes das alterações de processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Incrementar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a situação da criança em situação crítica e/ou falência orgânica.

O processo de desenvolvimento de competências em contexto de trabalho deve ser entendido como um processo supervisivo, em que a reflexão sobre os problemas identificados na prática clínica, a consciencialização e partilha coletiva pelos enfermeiros, a transformação do conhecimento e integração de programas de ação devem ser o foco principal para o desenvolvimento pessoal e profissional (Teixeira et al., 2021).

Em todo este processo, a componente avaliativa das competências deve ser algo presente e assumido sempre de forma positiva e não como mais elemento de punição ou desmotivação para com os enfermeiros. A avaliação deve ser assumida por todos os intervenientes como um aspeto central e comum em todos os programas e processos de ensino e aprendizagem, potenciando os profissionais para a melhoria contínua, o desenvolvimento de estratégias facilitadoras ou mesmo o planeamento de atividades de partilha (Abreu, 2007; Serrano, 2008).

A prática supervisiva assumindo um sentido autocrítico, possibilita uma previsão dos acontecimentos e uma autoavaliação de toda a evolução do processo, prevendo tudo aquilo que possa ser considerado indesejável e, de forma simultânea, promovendo o que se considera favorável ao desenvolvimento profissional consistente (Ribeiro, 2012).

Neste sentido, o processo de desenvolvimento de competências em contexto de trabalho deve ser entendido como um verdadeiro processo supervisivo, incorporando uma liderança formal ou informal, legitimada e reconhecida, com a

reflexão sobre os problemas identificados na prática clínica, com consciencialização e partilha coletiva pelos enfermeiros e consequente transformação e integração do conhecimento.

Pelo cariz reflexivo que incorpora, a supervisão permite aos enfermeiros a aquisição de estratégias fulcrais à incrementação de numa atitude cooperante entre as equipas de saúde e criança/família, contribuindo ainda para a gestão das emoções de especial complexidade associada a este tipo particular de contextos (Tavares, 2013).

Os serviços que consigam privilegiar e incorporar a supervisão como método pedagógico, conseguem estimular e incrementar de forma consistente, um ambiente interdisciplinar saudável, promover a autonomia profissional e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Garantir que os enfermeiros integrados nas áreas da medicina intensiva recebam uma adequada orientação e correta supervisão clínica por parte da organização, potencia o aumento da intenção de poderem permanecer neste ambiente de maior especificidade ou complexidade por um período longo (Hussein et al., 2019). A compreensão das expectativas, das experiências e das necessidades dos enfermeiros, permite o melhor planeamento e acompanhamento por parte dos órgãos de gestão, traduzindo-se possivelmente em profissionais com mais confiança e mais competentes para a prestação de cuidados (Hussein et al., 2017).

A consciencialização das motivações, dificuldades ou eventuais lacunas de conhecimento, permitem encaminhar os profissionais para a busca de formação específica, indo ao encontro das necessidades identificadas e permitindo de forma posterior, a correta avaliação do desenvolvimento pessoal e profissional. A partilha do conhecimento sobre novas formas de orientação e utilização de estratégias válidas nos processos de integração, são fatores potenciadores do desenvolvimento pessoal e profissional de todos enfermeiros, supervisores clínicos e supervisados (Cunha, 2017).

A aprendizagem teórica efetuada pelos enfermeiros de uma forma isolada e inicial não é suficiente para gerar a perícia ou competência, pelo que a formação em enfermagem tem uma grande componente clínica, fundamental para um bom

juízo clínico (Benner et al, 2001). O profissional constrói-se a partir da qualificação constante, da aquisição e desenvolvimento de competências e da mobilização dos saberes em cada situação concreta que vivencia ao longo do seu percurso profissional (Correia, 2012).

O conhecimento deve poder incorporar um estado de autonomia significativo em relação à prática dos cuidados e ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, devendo assumir aquilo que é a responsabilidade perante a necessidade de formação de novos profissionais e simultaneamente na evolução das suas competências (Figueira, 2016).

2.1.3. Autonomia dos enfermeiros em medicina intensiva pediátrica

Reconhecida a importância sobre os programas de integração para a adaptação aos contextos de trabalho, será importante verificar o possível impacto destes na transição para a autonomia dos enfermeiros após esse período.

Apesar da evolução do conhecimento científico e dos seus contributos para a prestação de cuidados em enfermagem, especialmente quando se consegue contribuir para a melhoria dos resultados e ganhos em saúde nos clientes, o reconhecimento da autonomia dos cuidados dos enfermeiros será algo ainda não socialmente aceite em todos os contextos, especialmente nos de maior complexidade (Melo et al., 2016).

Pretendendo delimitar a abrangência do tema e, centrando apenas no que será o impacto para o processo de integração dos enfermeiros, importa clarificar alguns conceitos importantes subjacentes à autonomia profissional e autonomia pessoal ou autonomia para executar determinadas intervenções ou desempenhar determinadas funções após o processo inicial de integração no contexto do SMIP.

Remetendo para a autonomia profissional, sendo este um atributo essencial a uma profissão com pertença a um estatuto profissional, esta centra-se sobretudo no agir enquanto profissão e na dependência existente do cliente face ao profissional. Por outro lado, a autonomia profissional dos enfermeiros não deve ser confundida ou associada a qualquer subserviência a outros profissionais ou mesmo daqueles que devem ser o alvo dos cuidados (Bellaguarda et al., 2013).

Os enfermeiros devem cumprir as suas funções profissionais de acordo com uma organização pessoal de trabalho, mantendo para isso a iniciativa, a liberdade e a autodeterminação (Ribeiro, 2012), enquanto cumprem os requisitos éticos, legais e práticos essenciais e associados à profissão (Silva et al., 2012).

Neste sentido, e tendo um campo vasto de atuação, que ultrapassa a intervenção a nível hospitalar, o profissional autónomo centrará a sua assistência no cuidado de uma forma global e com uma visão holística sobre o cliente (Glória, 2022), sendo responsável pelas suas prescrições, decisões e avaliação das respetivas intervenções.

Não devendo ser encarada como algo de carácter absoluto, ilimitado ou autossuficiente, a autonomia deve ser igualmente entendida como uma condição ou capacidade do profissional para realizar determinadas intervenções depois de um processo de aprendizagem ou integração, devendo ainda prolongar-se ao longo do tempo do seu exercício (Melo et al., 2016).

Mesmo em contextos de maior complexidade, com uso permanente da tecnologia, na dependência quase exclusiva de modelos biomédicos ou subsidiários de prescrições para o cuidado emergente dos processos de saúde/doença, os enfermeiros devem ter a oportunidade de assumir a sua autonomia através de um conjunto de conhecimentos e competências, principalmente aqueles que se encontram associados à organização e gestão de recursos, mas também no que são as decisões assumidas pela equipa interdisciplinar (Bellaguarda et al., 2013; Melo et al., 2016).

Os programas de integração, baseados nas necessidades identificadas e adaptados aos contextos de complexidade significativa, devem ser estruturados de forma a potenciar a autonomia para a tomada de decisão, ultrapassando a simples formação inicial de aquisição de destreza para a execução de tarefas resultantes de prescrições ou dependentes de uma qualquer tecnologia.

Para a aquisição da autonomia, é essencial a aquisição do conhecimento e competências baseado na reflexão sobre as próprias ações e promovendo a transição para a independência ou autonomia na prática de cuidados de forma segura e com qualidade (Coelho & Adriano, 2021).

Associado aos processos de integração, mas não limitado apenas a esse período, os enfermeiros devem promover uma autonomia pessoal para a prestação de cuidados pela busca de um desenvolvimento profissional e pessoal, que supera o empirismo ou qualquer um modelo geracional, centrando-se preferencialmente na prática científica, no pensamento crítico, na tomada de decisão e na responsabilidade partilhada para a prática de cuidados.

O ambiente do SMIP é habitualmente caracterizado como um ambiente desafiante e emocionalmente perturbador, onde a necessidade da tomada de decisões de forma rápida em relação à criança e família acontece quase permanentemente, causando nos profissionais em integração sentimento de *stress*, desorientação ou mesmo de desmotivação pelo facto de não conseguirem, em determinados momentos, dar a resposta adequada às situações ou solicitações (Wright, 2012).

O programa de integração deve concentrar, para além das estratégias educacionais e de treino essenciais ao desenvolvimento de conhecimentos e competências, um planeamento individual para o suporte e apoio à melhoria e incremento da confiança nos profissionais (Coelho & Adriano, 2021; Simone et al., 2016). A criação de ambientes positivos e favoráveis à socialização em equipa, à análise e reflexão das experiências, contribui definitivamente para profissionais melhor integrados e preparados para as exigências deste tipo de contexto de trabalho (Coelho & Adriano, 2021).

Garantir a possibilidade de sucesso na integração e fixação de novos profissionais deverá ser um dos objetivos das organizações e órgãos de gestão intermédia, especialmente com a atribuição da responsabilidade para a elaboração de programas estratégicos, estruturados e adaptados aos contextos de trabalho, atribuindo um período adequado de tempo para que possam existir condições para a adaptação e transição dos enfermeiros para uma prática autónoma de excelência, com segurança e qualidade.

2.2. Supervisão Clínica em Enfermagem

No contexto atual, fruto da evolução tecnológica, do desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas ou da própria complexidade dos cuidados que

prestamos aos clientes, devemos assumir como prioridade a necessidade permanente de formação, de atualização de conhecimentos e competências por parte dos profissionais. Por outro lado, a perceção dos próprios clientes sobre a sua condição de saúde ou doença e a facilidade com que podem aceder a informação errada ou desajustada face à sua condição, aumentam a exigência quanto aos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Neste sentido, em consequência de todas as condicionantes atuais, aos enfermeiros é imposta uma conduta profissional de excelência, caracterizada pela responsabilização, pelo desenvolvimento do conhecimento e das competências segundo a evidência disponível, sempre ajustada à complexidade dos contextos. Face aos desafios, as próprias organizações devem incorporar programas estruturados com o apoio e o suporte essenciais para potenciar igualmente a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados pelos seus profissionais (Flores et al., 2022).

A qualidade dos cuidados prestados nos diferentes contextos da prática clínica, deve ser encarada como um dos aspetos importantes a qualquer equipa de gestão intermédia e às próprias organizações, devendo integrar-se na filosofia ou na estrutura das políticas de saúde (Garrido, 2004).

O reconhecimento da qualidade dos cuidados não pode ser associado exclusivamente ao cumprimento de requisitos numéricos integrados nos resumos dos dados estatísticos apresentados, à satisfação de exigências, aos objetivos organizacionais isoladamente ou às políticas institucionais. Deve ser assumida como potenciadora para que os profissionais consigam desenvolver, ao longo da sua prática, a autoavaliação, a capacidade analítica, crítica e reflexiva face às múltiplas situações vivenciadas, sempre de forma individual ou coletiva e inserida em cada contexto específico (Gonçalves, 2013).

Os enfermeiros devem assumir um papel ativo para esta mudança, integrando nos contextos a atitude dinâmica essencial para construir ambientes perfeitos à aquisição e desenvolvimento de competências (Serrano et al., 2011), do exercício profissional e dos próprios sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Tavares, 2013).

2.2.1.Desenvolvimento profissional dos enfermeiros

Para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, é fulcral reconhecer o papel que a SCE pode desempenhar nos processos de ensino e aprendizagem desde a sua formação base (Alarcão & Canha, 2013), no desenvolvimento do conhecimento e competências quando integrados nos contextos da prática de cuidados e, na forma como podem ser implementados programas estratégicos para a melhoria da eficácia no atendimento e promoção contínua da qualidade e segurança dos cuidados (Augusto, 2020; Pires, 2004; Snowdon, et al., 2017).

Conotada inicialmente como aspeto essencial à vigilância, inspeção ou avaliação dos profissionais, a evolução do conceito da SCE permitiu reconhecer e validar o cariz dinâmico, sistemático, interpessoal e formal entre os diferentes intervenientes, com o objetivo central da estruturação dos processos de ensino e aprendizagem, da construção do conhecimento e do desenvolvimento das competências profissionais, analíticas e reflexivas de acordo com os padrões assumidos (Garrido et al., 2008; Menezes et al., 2021).

Desta forma, a SC considerada como uma metodologia de intervenção ativa para o desenvolvimento em enfermagem, não apenas nos processos de trabalho, mas também em relação a outros agentes envolvidos nas mudanças e transformações das políticas de saúde a nível nacional e mundial (Menezes et al., 2021), permite o planeamento estratégico de um processo que visa sobretudo promover nos enfermeiros a decisão autónoma face às suas intervenções, a proteção do cliente, a segurança e a qualidade dos cuidados (OE, 2018a).

Para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros é necessário que a SC assuma nas organizações um padrão crescente de visibilidade e reconhecimento, conferindo aos contextos práticos o espaço por excelência para a formação, a experimentação e reflexão contínua dos enfermeiros sobre os cuidados que prestam aos clientes (Tavares, 2013).

A reflexão deve assumir-se como a força promotora para o desenvolvimento dos profissionais, pela forma permanente como podem questionar a prática dos

cuidados de enfermagem, assumindo-se ainda como um instrumento de avaliação e regulação do desempenho profissional (Ribeiro, 2012).

A implementação dos processos reflexivos, permite aos profissionais a construção, translação e sustentação do seu conhecimento, a melhoria e inovação da prática clínica (Garrido et al., 2008), da responsabilidade e do controlo emocional face às situações, a estabilidade e orientação essenciais à adaptação face as sucessivas mudanças e ao futuro da profissão (Figueira, 2016).

Neste sentido, face às suas dimensões e possibilidade de intervenção, compreende-se a importância de associar a SC aos programas de integração dos novos profissionais. Independentemente dos contextos de trabalho, esta será uma opção estratégica válida para garantir que os recém-admitidos, mesmo não sendo a sua primeira experiência profissional consigam, de forma rápida, atingir os requisitos considerados essenciais pelas organizações para a assimilação do sistema de valores, das normas e dos padrões de comportamento (Figueira, 2016), contribuindo ainda para o exercício da sua atividade de uma forma responsável e profissional (Gonçalves, 2013).

A SCE assume assim papel preponderante para a integração dos enfermeiros nos contextos clínicos dado poder ser considerada uma estratégia promotora do desenvolvimento das competências, do conhecimento e do suporte para o exercício profissional dos enfermeiros (Snowdon et al., 2017; Cutlife et al., 2018), podendo ainda contribuir para possíveis promoções e progressões na carreira (Reid et al., 2013).

Associado aos programas de integração, a SCE apresenta-se como uma estratégia útil para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros, através do incremento do seu pensamento crítico e reflexivo para a resolução de problemas concretos relacionado com o contexto, favorecendo ainda a qualidade e segurança dos cuidados. A aplicação da SCE terá como finalidade a satisfação profissional e a autonomia na transição positiva e tomada de decisão no final do período de integração, baseada sobretudo na evidência científica, na prestação de cuidados responsáveis, seguros e na redução dos níveis de *stress* e ansiedade dos profissionais (Augusto, 2020), fomentando a eficiência e a

qualidade do seu exercício profissional (Albuquerque, 2021).

Tendo em consideração este processo supervisivo e a forma como deve ser orientado pelos mesmos padrões de qualidade em relação aos cuidados de enfermagem, as organizações devem criar as condições necessárias ao desenvolvimento de atitudes profissionais positivas e coincidentes com os mesmos padrões de qualidade (Tavares, 2013), ao mesmo tempo que, de forma individual e sistemática, promovem a implementação de estratégias de supervisão dinâmicas que sustentem o apoio e suporte a cada enfermeiro (Rocha, 2013), na compreensão do que é ser profissional e da responsabilidade inerente às funções que desempenha (Garrido et al., 2008).

Face às exigências para a operacionalização dos modelos de supervisão ou para a implementação das estratégias supervisivas, aos profissionais será exigido o abandono de comportamentos ou crenças erróneas relacionadas com o medo ou o receio perante a mudança, o desconhecido ou a falta de confiança relativamente à supervisão clínica. Por outro lado, às organizações caberá a responsabilidade perante a gestão de recursos, a disponibilização de tempo e a formação dos profissionais, essenciais à elaboração, estruturação e implementação de programas concretos que possam assim responder aos diversos desafios expostos (Rocha et al., 2021).

Neste sentido, é fundamental que as organizações, os órgãos de gestão intermédia e os supervisores clínicos, de uma forma particular e em conjunto, promovam uma reflexão em relação aos programas de integração em uso e, face à evidência em relação aos modelos e estratégias de supervisão disponíveis, consigam ultrapassar o paradigma de um processo baseado apenas no imprevisto ou empirismo de cada profissional, equipa ou organização em particular (Gonçalves, 2013).

2.2.2. Relação supervisiva

Tendo como referência os conceitos anteriormente expostos relativamente à SCE, salienta-se o papel preponderante no processo de acompanhamento e desenvolvimento dos profissionais, na promoção de um bom ambiente de trabalho e consequentemente na importante transformação das oportunidades

ou experiências em momentos de aprendizagem, potenciando a integração eficaz e rápida do profissional no seu contexto de trabalho.

Em simultâneo, deve ser salientado o inquestionável potencial para a promoção e elevação do trabalho desenvolvido, cumprindo os critérios definidos em relação à qualidade, aos possíveis ganhos em saúde para os clientes e à satisfação pessoal e profissional dos todos os profissionais (Gonçalves, 2013).

Por outro lado, esta perspetiva de acompanhamento e desenvolvimento dos profissionais é ainda percecionada por algumas organizações de uma forma redutora, centrando-se apenas no processo de SC como estratégia rápida e fácil, de assegurar que os novos profissionais sejam integrados e consigam atingir os requisitos minimamente exigidos para uma prática profissional em cada contexto.

A confrontação com esta perspetiva redutora e um pouco errónea em relação à SCE, induz nos profissionais sentimentos de dúvida, incerteza e insegurança em relação aos reais objetivos, criando sobretudo barreiras ou obstáculos à sua implementação nos diferentes contextos. Para modificar esta perspetiva junto dos profissionais, muito têm contribuído as inúmeras discussões, pesquisas e investigações em relação a esta temática, nomeadamente à forma como a relação de interação positiva entre o supervisor clínico e supervisionado consegue potenciar o desenvolvimento dos cuidados prestados e à atribuição ao supervisionado a responsabilidade face ao seu desenvolvimento pessoal e profissional (Garrido, 2004).

Podendo coexistir diferentes formas para a sua implementação, deve ser reconhecido que, o processo supervisivo em contexto de prática clínica permite desenvolver uma aprendizagem centrada na prática de cada contexto, utilizando para isso os recursos existentes na evidência e as estratégias de pensamento em enfermagem, aplicados de forma correta e consistente aos reais focos de intervenção e às matrizes para a decisão autónoma dos enfermeiros. Desta forma, assistimos à natural possibilidade de transladação e transformação do conhecimento dos intervenientes, à consciencialização dos problemas e aos significados que conseguimos atribuir ao contexto e a nós próprios (Abreu, 2007; França, 2014).

Segundo a OE (2001), a excelência no cuidar como eixo estruturante para o desenvolvimento das competências profissionais presente no modelo de desenvolvimento profissional, cria o espaço essencial para a inclusão da SC nos contextos práticos, salientando ainda o papel preponderante que esta desempenha no desenvolvimento pessoal e profissional, nos contextos formativos e nos processos de integração à vida profissional (Carvalho, 2016).

No entanto, mesmo reconhecendo todos os contributos e efeitos positivos para a prática em enfermagem, a implementação da SC dependerá sempre de fatores intrínsecos aos contextos e organizações, por vezes difíceis de serem contornados ou ultrapassados como a área clínica e o contexto, a cultura organizacional, os rácios de profissionais, as necessidades dos próprios profissionais ou da gestão (Gonçalves, 2013). A mudança deste paradigma passará certamente por criar estratégias diferenciadoras que potenciem o conhecimento, o compromisso e a motivação dos supervisores clínicos, permitindo o fortalecimento de relações e interações no desenvolvimento de práticas interprofissionais.

Centrado nos processos de integração dos enfermeiros nos contextos de trabalho, o estabelecimento de uma relação supervisiva entre o supervisor clínico e o supervisionado será de crucial importância para o desenvolvimento eficiente de todo o processo (Macedo, 2012). Entendendo a SC como um processo mediador para o desenvolvimento dos intervenientes, é importante que esta interação decorra num ambiente de confiança, de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante, permitindo que o processo apoie e estimule cada um dos intervenientes a progredir e a criar o seu estilo pessoal de intervenção, adaptando-se assim às necessidades individuais (Carvalho et al., 2004).

Podendo existir ainda outros fatores motivadores ou mesmo inibidores, intimamente relacionados com o supervisionado, o supervisor clínico ou mesmo com o contexto ou a organização, a qualidade desta relação será tanto maior, quanto maior o compromisso e empenho de cada um perante o próprio processo que integra (Rocha, 2013).

A relação que se estabelece entre um supervisor clínico e um supervisionado deverá ser centrada no compromisso, na exigência, na formação, no trabalho,

no desenvolvimento e consolidação emocional, envolvendo uma reflexão relativamente às práticas orientadas pelo supervisor clínico, possibilitando que se assegurem práticas de qualidade e suporte aos profissionais e, consequentemente, a segurança dos clientes (Figueira, 2016).

Como elemento da relação supervisiva, o supervisor clínico deve ser idealmente o profissional escolhido tendo em conta a sua experiência e qualificação para que, de forma natural, consiga facilitar e apoiar a socialização do supervisionado no seio da equipa interdisciplinar, assumindo posteriormente de uma forma gradual, segura e responsável a prestação autónoma de cuidados de qualidade até ao final do processo de integração programado (OE, 2010).

De acordo com a OE (2010) e demonstrado no referencial de competências definido e atribuídas ao supervisor clínico, são considerados dois domínios na sua prática, o da profissão de enfermagem onde figuram as competências profissionais de enfermeiro e enfermeiro especialista e, o da SC com a alocação das respetivas competências no domínio da supervisão.

Centrado neste último domínio das competências em SC, pode-se refletir sobre a importância do supervisor clínico como o agente facilitador da aprendizagem, com os recursos formativos inerentes ao quadro referencial da profissão, sendo ainda o promotor do desenvolvimento pessoal e profissional, da análise e reflexão das situações vivenciadas e, potenciador para a transição socioprofissional segura e de qualidade dos cuidados prestados pelo supervisionado na fase de autonomia. Desta forma, o supervisor clínico promove o acompanhamento e assegura que essa mesma prática de cuidados seja segura e de acordo com os padrões de qualidade definidos (OE, 2010).

O supervisor clínico pode ser considerado um elemento fulcral, que de forma competente e orientada, deve potenciar no supervisionado a atitude de assumir o papel de elemento dinâmico e comprometido com o seu processo de aprendizagem individual, ajudar na mobilização e potenciar a aquisição de conhecimentos, a gerir as emoções, a promover a justiça e a integridade de todo o processo de integração, contribuindo na transição para a autonomia na tomada de decisão em enfermagem.

Neste sentido, o supervisor clínico assume igualmente uma posição de destaque

em todo o processo, não devendo assumir um papel meramente de orientação, mas ser o elemento responsável em acompanhar, monitorizar e promover o espírito de reflexão e investigação do supervisionado, fundamentais ao seu desenvolvimento pessoal e profissional. A função do supervisor clínico deve ser de orientar o novo elemento para a resolução de problemas e dificuldades ao longo da sua prática, no sentido de facilitar o desenvolvimento de competências e melhorar a qualidade dos cuidados, promovendo para isso uma atitude de reflexão e sentido crítico, fundamentais para o atingir da autonomia (OE, 2010).

Tendo em consideração os conceitos anteriormente expostos, o ESC assume um papel preponderante na melhoria contínua da qualidade da formação do ES, desempenhando um papel de catalisador para a mudança e desenvolvimento da relação supervisa. Para que surja esta mudança de comportamento, é necessário existir um processo de assimilação e acomodação da informação, ou seja, a reflexão é considerada como essencial ao crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal (Figueira, 2016).

Perante todas as exigências ao papel de supervisor clínico, é importante que este elemento para além do conhecimento de todos os aspetos relacionados com o processo, a relação supervisa e o contexto, reúna características pessoais particulares nomeadamente a empatia, facilidade no relacionamento interpessoal, capacidade de comunicação, capacidade de observação, de análise e de reflexão, capacidade de liderança, organização e planeamento (Simões & Garrido, 2007). Aos supervisores dos contextos clínicos, além de um conjunto de saberes, habilidades, destreza e segurança, são igualmente exigidas competências que possam contribuir para o desenvolvimento da própria profissão de enfermagem (Abreu, 2001).

Como contributos para o desenvolvimento da sua função, é preponderante que o supervisor clínico consiga integrar determinados atributos como experiência, destreza, aceitabilidade e prática, essenciais à promoção de um ambiente de aprendizagem positivo, potenciador do desenvolvimento de competências e, permitindo a resolução de situações imprevistas que eventualmente possam ocorrer no decurso do processo supervisa. Além do desenvolvimento das habituais tarefas como de supervisionar, ensinar, instruir, praticar, aconselhar e

avaliar, ao supervisor clínico será importante desenvolver tarefas diferenciadoras como o apoio e suporte do supervisionado, permitindo assim que este consiga atingir os objetivos inicialmente delineados (Rocha, 2013).

O ESC será aquele profissional que, decorrente da responsabilidade que lhe foi atribuída, assume-se como o responsável pelo processo de supervisão, sendo reconhecido pelos seus pares como detentor de um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, do domínio da disciplina, da profissão, dos conceitos associados à SC, com efetiva competência e que, de uma forma consistente, o consegue demonstrar no seu exercício profissional. Além destas condições, deve desenvolver uma prática profissional, ética e legal de acordo com os princípios ético e deontológicos associados à profissão de enfermagem (Carvalho et al., 2019).

Decorrente desta perspetiva do papel e importância do supervisor clínico face à relação supervisiva, e neste caso, do processo relacionado com a integração de novos profissionais nos contextos de trabalho, a formação dos supervisores clínicos assume a sua cota de responsabilidade, permitindo assim a qualificação e formação específica de profissionais experientes e responsáveis, capazes de um incremento e cooperação ativa nos processos de mudança, o estímulo para as boas práticas, o fomentar da autorreflexão e o favorecer de processos de reflexão e ação sobre o seu próprio papel enquanto supervisor clínico (Simões & Garrido, 2007). A qualidade do desempenho e a sustentação do trabalho desenvolvido enquanto supervisor clínico dependerá, em parte, de um treino flexível, de supervisão, de *feedback* construtivo e avaliação, mas por outro lado, de uma remuneração financeira igualmente satisfatória (Reid et al., 2013) que traduza um verdadeiro reconhecimento e impulsiona estes profissionais para o desenvolvimento das suas competências enquanto supervisores clínicos.

A seleção de supervisores clínicos, contrariamente ao que possivelmente é assumido ou acontece em algumas organizações ou serviços, relacionado com os anos de serviço ou locais de exercício profissional, deve passar pela escolha de profissionais qualificados, experientes, comprometidos e empenhados no papel que desenvolvem durante a relação e interação com o supervisionado, podendo mesmo ser considerado como um dos fatores decisivos para o sucesso

da futura relação supervisiva ou processo supervisivo.

A falta de empenho e desmotivação para desempenhar a função são fatores inibitórios para uma prática que se pretende de qualidade, motivando posteriormente insatisfação, insucesso da própria relação supervisiva ou fracasso do próprio processo de integração. Em todo este processo é fundamental que o supervisor clínico tenha consciência da importância do seu papel e da forma como pode contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeiro e supervisor clínico (OE, 2010).

No entanto, no decorrer do processo de atribuição de responsabilidade sobre os profissionais e supervisores clínicos podem ser constatadas algumas dificuldades ou condicionantes que importa serem contornadas pelas instituições. Podemos mencionar a falta frequente de preparação ou mesmo de formação dos profissionais em relação ao desempenho das novas funções e que permite a sua responsabilização, assistimos à ausência de programas de sistematização ou de orientação face às tarefas a desempenhar instaurando-se a anarquia no desenvolvimento dos processos, sentimos a discrepância entre os recursos disponibilizados pelas organizações e os necessários para o efetivo acompanhamento dos processos instituídos traduzindo-se na natural falta de disponibilidade ou sobrecarga de trabalho sobre os profissionais, ou mesmo a uma discordância entre os modelos em uso e os modelos atualmente expostos criando falsas perceções ou distorcendo o verdadeiro impacto da supervisão clínica na prática profissional ou na prestação de cuidados (Rocha, 2013).

Remetendo para o processo de integração nos contextos de trabalho, não retirando qualquer responsabilidade associada ao desempenho e competência do supervisor clínico, o supervisionado assume igualmente um papel preponderante no desenvolver da relação supervisiva e para o seu próprio processo de integração. Neste sentido, este profissional deve assumir especial interesse, motivação e empenho perante às funções que lhe são atribuídas e conhecimentos transmitidos, contribuindo de uma forma responsável e direta para o seu próprio processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

No decorrer da relação supervisiva, sentimentos negativos ou considerados mesmo inibitórios no supervisionado como o medo, a ansiedade ou a insatisfação,

podem contribuir de forma incorreta, para o desenvolvimento de uma prática que pretende ser construtiva, segura e de qualidade. Em determinados momentos, a demonstração de desinteresse ou menor vontade em aprender, de superioridade face aos conhecimentos, de crítica face às competências ou falta de responsabilidade em relação às tarefas atribuídas ou desempenhadas, pode contribuir de forma significativa para o desgaste da relação supervisiva com o supervisor clínico ou com a equipa, condicionando ainda negativamente todo o processo de integração, o processo de desenvolvimento pessoal e profissional, ou mesmo a perceção da própria organização em relação a si próprio.

Em relação ao último aspeto exposto, e contextualizando a aplicação do processo supervisivo na integração de pares, devemos ter presente a possibilidade de serem assumidos diferentes estilos e estratégias de supervisão, como possibilidade de poder constituir um fator de condicionalismo caso não sejam associados de forma concreta e individualizada. Apesar de poderem ser considerados como processos de alguma forma semelhantes, cada processo supervisivo deve assumir um carácter único, composto e vivenciado por atores diferentes, detentores de características e competências singulares, com capacidades e comportamentos próprios, motivando o uso de modelos diferentes e a utilização de estratégias próprias para o seu correto desenvolvimento.

Relativamente aos estilos de supervisão passíveis de serem adotados, estes podem variar de um estilo mais imperativo ou prescritivo, em que assistimos a uma posição mais diretiva na transmissão do conhecimento e experiências do supervisor ao supervisionado, baseado na forma interpretativa do supervisor relativamente às opiniões e sentimentos do supervisionado, ou por fim um estilo mais de suporte com a relação supervisiva centrada no apoio, na empatia e na afetividade, encorajando o supervisionado no processo de aprendizagem com a transmissão de opiniões e desenvolvimento de ações válidas (Pinto, 2013).

A escolha do estilo de supervisão a aplicar durante o processo de integração de novos profissionais deve constituir uma etapa fulcral em todo o processo, no entanto esta escolha, nem sempre fácil, deve ser considerada por todos os intervenientes desde uma fase precoce, justificado essencialmente pela

identificação inicial de necessidades, possíveis estratégias supervisivas a adotar, mas sobretudo, pelo potenciar do processo de ensino, aprendizagem e aquisição de competências do supervisionado.

A chave para um processo de supervisão eficaz centra-se fundamentalmente em compreender a diversidade dos estilos de aprendizagem ou dos comportamentos do supervisionado e conseguir, enquanto supervisor clínico, integrar no modelo adotado e planeamento, as estratégias de ensino e de aprendizagem mais adequadas (Abreu, 2007).

Como referido, a seleção das estratégias associadas ao próprio estilo de supervisão constitui igualmente um dos aspetos importantes para o processo supervisivo. O supervisor clínico deverá selecionar as estratégias de supervisão que melhor se relacionam com a personalidade e características do supervisionado, assumindo que possa não existir um único método para todos os supervisionados.

Face ao processo a desenvolver, caberá ao supervisor clínico negociar, em conjunto com o supervisionado, quais as estratégias de supervisão mais adequadas em cada momento, de acordo com a sua personalidade, o seu comportamento ou expectativas, assumindo como o caminho para conseguirem potenciar a aprendizagem e o desenvolvimento do processo inicialmente planeado em conjunto (Moura & Mesquita, 2010; Pires, 2004).

As estratégias supervisivas integradas no processo de supervisão de pares e de novos elementos num determinado contexto, devem assumir a função de plano de ação, através do qual o supervisor clínico deve selecionar, organizar e gerir as diferentes atividades a desenvolver, os recursos a utilizar de forma a conseguir atingir os objetivos inicialmente definidos (Garrido et al., 2008). O recurso e a utilização destas estratégias implicam, por parte do supervisor clínico, a disponibilização dos recursos clínicos, o conhecimento profundo das metodologias, além do conhecimento da forma como pode utilizar cada uma delas em benefício do desenvolvimento do conhecimento e das competências no supervisionado (Moura & Mesquita, 2010).

De entre as muitas estratégias presentes na literatura, podem ser mencionadas as estratégias que surgem associadas de forma consistente aos processos de integração de novos elementos nomeadamente, o apoio, a demonstração, a

observação, o *feedback*, a auto supervisão, a formação contínua e a análise crítico-reflexiva (Pinto et al., 2017).

Presente de uma forma constante nos processos supervisivos e, associado a algumas das estratégias supervisivas, a reflexão sobre as suas práticas conduz o profissional ao aprofundar da compreensão sobre o processo dos cuidados prestados e à identificação das possíveis áreas de melhoria. Neste sentido, o ato reflexivo de cada profissional assume-se como passo relevante para o crescimento profissional numa disciplina fundamentalmente prática (Gonçalves, 2013), permitindo assim o distanciar de todos aqueles comportamentos habituais, rotineiros ou quaisquer outras fórmulas conhecidas ou descontextualizadas, potenciando um fenómeno de mudança, de construção epistemológica da prática e do conhecimento (Schon, 1987).

Por outro lado, os incrementos para estes processos de reflexão, de apoio e de acompanhamento dos profissionais, de incentivo à procura permanente e autónoma do conhecimento, comprometem as organizações e sistemas de gestão para a disponibilização de tempo e de recursos que proporcionem a consciencialização profissional para a necessidade de formação contínua face ao novo conhecimento da realidade (Moura & Mesquita, 2010).

O desenvolvimento da relação supervisiva, tendo como fundamento a SC, assume-se como fulcral para assegurar um suporte efetivo e integral dos profissionais, garantir a qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, para a construção crítico-reflexiva e consolidação da identidade profissional. Desta forma, através do desenvolvimento das competências dos profissionais, será possível atingir o desenvolvimento efetivo do suporte, essencial à promoção da segurança, da qualidade dos cuidados e, à obtenção de ganhos em saúde nos clientes (OE, 2018a).

Neste sentido, e centrando-se a SC em áreas sensíveis da profissão de enfermagem como a segurança e qualidade dos cuidados, o desenvolvimento de competências e suporte dos profissionais (Macedo, 2012), é essencial que as organizações contribuam para esta mudança de paradigma com a implementação de modelos de uma forma formal e constante.

2.2.3.O contributo dos modelos de Supervisão Clínica

Tendo em consideração o processo supervisivo associado ao período de integração de novos profissionais nos contextos de trabalho, mesmo considerando o seu cariz individual em cada momento ou em relação a cada profissional, a orientação ou implementação de modelos de SC assume a sua importância como um fator decisivo e promotor para o desenvolvimento pessoal e profissional, sempre de acordo com os padrões de qualidade e segurança definidos e relacionados com a profissão.

Neste sentido, reportando de forma breve a uma definição para o significado de modelo neste contexto, podemos aceitar como sendo aquela estrutura que estabelece uma matriz explicativa, que é detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos e ideias previamente definidos, sempre com o intuito de orientar o pensamento, de proporcionar leitura de fenómenos ou constituir uma referência para a ação que se pretende vir a desenvolver em cada contexto de uma forma muito específica (Abreu, 2007).

Por outro lado, e tendo como presente os diferentes modelos atualmente expostos na literatura, a sua implementação por parte das organizações pode ser condicionada pela decisão sobre qual o modelo que melhor pode contribuir para a prática de cuidados. Face a esta situação, será importante considerar acima de tudo, as suas características e princípios individuais, tendo a certeza de que pode não existir um modelo que se apresente como melhor em relação aos restantes, pelo que o contexto organizacional e profissional são fatores determinantes a ter em conta para essa seleção (Garrido et al., 2008; Pires, 2004).

Para desenvolver um processo supervisivo é preponderante que o supervisor clínico tenha conhecimento dos diferentes modelos de supervisão subjacentes e sobretudo, do contexto onde decorrerá esse mesmo processo supervisivo. Apenas com o conhecimento de todos os cenários de supervisão, conseguimos proceder a uma análise crítica e respetiva adaptação estratégica, potenciando assim nos supervisados a exigida aprendizagem e esperada progressão na construção da sua profissionalidade e pessoalidade (Gonçalves, 2013).

Considerando alguns modelos de supervisão desenvolvidos e presentes na literatura, podemos inferir a forma como cada um deles centra a sua atenção em diferentes componentes do processo supervisivo nomeadamente, na relação estabelecida entre supervisor clínico e supervisionado ou nas funções que cada um dos intervenientes deve assumir, na importância da relação supervisiva no processo de supervisão de pares e a interferência no sucesso de todo o processo, no impacto da supervisão clínica na segurança e qualidade dos cuidados prestados, no impacto sobre o desenvolvimento de competências assim como no suporte e apoio do desenvolvimento pessoal e profissional ou mesmo na necessidade a nível organizacional de uma estrutura definida, promotora e favorável à sua implementação e operacionalização (Abreu, 2007).

Subjacente aos modelos em SC expostos, devemos ainda considerar alguns pressupostos comuns a todos eles e que se relacionam, em primeiro lugar, com o reconhecimento da maturidade da profissão de enfermagem, através da sua capacidade crítica e capacidade para estabelecer determinados padrões de exigência e responsabilidade e, em segundo lugar, com o reconhecimento da sua orientação face ao bem-estar dos clientes, às dimensões pessoais e profissionais dos profissionais e à identificação das áreas essenciais de suporte científico, afetivo ou emocional (Abreu, 2001).

Neste sentido, apesar da diversidade de modelos presentes na literatura, salienta-se que o seu propósito será sempre o fornecer de referências objetivas para a tomada de decisão no âmbito dos processos supervisivos, sendo a componente reflexiva crucial em qualquer um desses modelos (Garrido et al., 2008). Face a estes pressupostos, a escolha do modelo de supervisão clínica não só deve permitir a conceptualização do processo supervisivo pelos intervenientes, como também deve ser flexível por forma a conseguir responder às necessidades dos enfermeiros em cada contexto específico (Cruz, 2012).

Dos modelos expostos na literatura, o modelo de Proctor tem sido dos mais amplamente adotados na prática em enfermagem, tendo alcançado determinada credibilidade e exercendo uma influência significativa pela sua utilização muito divulgada para uma diversidade de contextos profissionais (Abreu, 2007).

Considerado como um modelo flexível, permite ao supervisor clínico focalizar a

atenção para apenas uma ou todas as suas funções, dependendo certamente das necessidades identificadas no supervisionado (Abreu, 2007; Winstanley & White, 2003).

No modelo de Proctor, apesar de apresentadas separadamente, as três funções presentes (formativa, normativa e restaurativa), acabam por se sobrepor ou mesmo interseccionar durante a sua aplicabilidade prática (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

A função formativa relaciona-se com o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais (Abreu, 2007; Winstanley & White, 2003). Esta função caracteriza-se pela natureza educacional de todo o processo, valorizando-se como principais resultados o aumento do conhecimento, das competências, das habilidades, da inovação e sobretudo o aumento da consciencialização dos profissionais (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

O tempo de experiência profissional, apesar de nem sempre se poder traduzir em maior ou menor experiência, pode ser associado a esta função formativa de tal forma que, os enfermeiros com uma menor experiência profissional poderão demonstrar uma maior necessidade de recurso a esta função durante o processo de supervisão (Brunero & Stein-Parbury, 2008). Nesse sentido, a parceria entre supervisor clínico e supervisionado, com recurso à reflexão sobre os cuidados prestados e à análise de incidentes críticos, assume-se como preponderante para a relação supervisiva.

Relativamente à função normativa, esta compreende um conjunto de iniciativas destinadas a promover a qualidade e a redução dos riscos na prática de cuidados. Recorrendo às estratégias em SC, o supervisor clínico deve conseguir promover e incrementar o exercício profissional, avaliar a qualidade e assegurar a gestão dos cuidados prestados, garantindo a segurança dos clientes (Abreu, 2007; Winstanley & White, 2003). As áreas que emergem da componente normativa dizem respeito ao desenvolvimento de *standards*, à organização dos cuidados, confirmação de intervenções de enfermagem, resolução de problemas e melhoria das práticas de cuidados (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

Por fim, à função restaurativa podemos associar os aspetos que se relacionam com o suporte necessário para que o supervisionado consiga adaptar-se às

múltiplas situações resultantes do contexto envolvente (Abreu, 2007). A noção de gestão emocional nos cuidados é preponderante, emergindo posteriormente outros aspetos associados à redução dos níveis de ansiedade, à gestão de conflitos, ao desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis e à melhoria da capacidade de *coping* do supervisionado durante períodos de maior complexidade emocional (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

Em determinados períodos do desenvolvimento profissional e pessoal, e motivado pelo desgaste e *stress* quer da profissão, quer da responsabilidade e funções dentro dos contextos de maior complexidade, os enfermeiros necessitam de um apoio efetivo que permita o desenvolvimento de uma forte e consistente identidade profissional, fundamentais à obtenção de uma maior satisfação pessoal e profissional (Winstanley & White, 2003).

Reportando ao contexto do SMI, contextos de complexidade acrescida pelo nível de tecnologia envolvente e pelas atividades desenvolvidas junto de crianças e adultos dependentes e em situações por vezes emergentes, a aplicabilidade de um programa de integração tendo como base o modelo de Proctor, pode criar a estrutura base para o acompanhamento dos supervisores clínicos e para o desenvolvimento das competências necessárias aos supervisionados e novos profissionais.

Nos últimos anos, em consequência das múltiplas alterações ao nível da prestação dos cuidados de saúde em Portugal, essencialmente motivado pelas exigências a nível da certificação, emergiu nas organizações a necessidade de desenvolver processos internos com vista à obtenção da certificação e acreditação, quer a nível da sua capacidade de gestão como da qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, e independentemente do contexto prático, a qualidade começou a integrar-se como um foco para os profissionais pelo seu carácter de exigência, significado para a gestão, deixando de ser algo opcional para as organizações, passando a integrar de forma frequente nas estratégias de promoção e de melhoria contínua e contribuindo para a consolidação de uma nova cultura ancorada na qualidade e segurança (Carvalho et al., 2019).

Segundo esta perspetiva, e tentando incluir novamente um dos objetivos presente nos programas de integração de novos profissionais nos contextos de trabalho,

nomeadamente nos contextos de elevada complexidade, será preponderante a implementação de programas com base em modelos de SCE que consigam dar resposta a estas novas exigências da qualidade e segurança dos cuidados prestados pelos enfermeiros e, em simultâneo, que integrem um projeto profissional de forma participativa, vinculativa e duradoura, numa perspetiva de melhoria contínua (Carvalho et al., 2019).

A SCE deve representar para todos os profissionais uma ferramenta relevante para o desenvolvimento dos sistemas de gestão da qualidade. Considerando que os seus principais objetivos são o desenvolvimento de competências profissionais e o estímulo à segurança e qualidade das práticas em enfermagem, esta deve então constituir uma fonte essencial e direta para a prática clínica e a qualidade dos cuidados (Garrido, 2004).

Tendo por base a fundamentação de um outro modelo de SC, o Modelo SafeCare, e a forma como a sua implementação decorreu em diferentes contextos, nomeadamente com a sua contribuição para a identificação das necessidades dos enfermeiros e para a segurança e qualidade dos cuidados prestados, especialmente nos de maior complexidade e associado aos programas de integração, podemos considerar a possibilidade de este poder prestar também um contributo importante.

Seguindo o seu referencial e, centrando a análise nos aspetos iniciais de identificação de um Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE), pode-se associar os programas de integração em uso como um dos aspetos sensíveis à prática de cuidados, com potencial para promover ou condicionar de forma significativa a segurança e qualidade dos cuidados prestados pelos novos profissionais, durante e após o período de adaptação, necessitando por isso de um acompanhamento, monitorização e consequente avaliação na forma como se desenvolve a supervisão pelos restantes profissionais, nomeadamente os supervisores clínicos (Carvalho et al., 2019).

Face ao exposto na Figura 4, o Modelo SafeCare assume como objetivo a resposta às exigências do exercício profissional dos enfermeiros, contribuindo de forma significativa para a melhoria da qualidade da sua prática profissional. O Modelo SafeCare assume-se como um contributo importante para o

conhecimento da disciplina, particularmente no que se refere à identificação e clarificação dos seus eixos de intervenção como o contexto, os cuidados de enfermagem, o desenvolvimento profissional e a supervisão, expondo ainda a multiplicidade de relações entre os diferentes intervenientes em cada eixo de atuação.



Figura 4: Eixos do Modelo SafeCare (Carvalho et al., 2019, p. 12).

Como modelo flexível, abrangente, pragmático e com possibilidade de aplicabilidade em diferentes contextos, permite a sua retroalimentação através da riqueza de situações que emergem da prática clínica, dos desafios, das necessidades e interesses mencionados pelos enfermeiros, evitando assim que fique restrito ou condicionado no limite da sua ação (Carvalho et al., 2019).

Fundamentado na intenção da implementação de um modelo de SC aplicado aos programas de integração de novos profissionais no contexto do SMIP, será preponderante o desenvolvimento nos enfermeiros de competências que permitam um exercício profissional de excelência, com a qualidade e segurança exigida e de acordo com as áreas de intervenção identificadas. A eficácia da implementação do modelo é tanto maior quanto a qualidade da relação que se

estabelece entre os diferentes eixos existentes (Teixeira et al., 2021).

O desenvolvimento de competências é um processo complexo, reflexivo e contínuo que transcende aquilo que é a formação inicial nas escolas durante o curso de licenciatura ou mesmo o contexto de cuidados em que é inserido. Os períodos de integração e adaptação aos contextos de trabalho constituem a oportunidade que os enfermeiros dispõem para melhorar as suas práticas, individualmente ou em colaboração com os colegas das equipas, de adquirir novos conhecimentos e de desenvolver competências. Nesta perspetiva, é importante considerar que o desenvolvimento profissional deve ser visto segundo uma perspetiva holística, encarando a aprendizagem como algo que decorre ao longo da vida, necessitando do esforço e investimento individual, da adaptação às constantes alterações, do apoio de cada contexto e de cada equipa de uma forma permanente (Carvalho et al., 2019).

A SC pode ser a chave para a qualidade dos cuidados de enfermagem, para a proteção e segurança dos clientes e para o aumento da satisfação profissional, na medida em que, pode conferir o suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências essenciais à prática profissional (Gonçalves, 2013). Numa outra perspetiva, poderá ainda contribuir de forma decisiva para a qualidade dos serviços de saúde através de um cariz reflexivo sobre a enfermagem e as mudanças da prática clínica, incrementando processos de melhoria na formação dos enfermeiros e instituição de programas concretos em SC (Cruz, 2012).

Por outro lado, é preponderante que este processo se desenvolva num ambiente positivo e de certa forma sustentável, em que o supervisor clínico disponha do espaço necessário para o desenvolvimento das suas funções ao nível da prática clínica individual enquanto presta igualmente o apoio aos restantes profissionais (Cross et al., 2010). Exige-se, desta forma, mudanças significativas do paradigma dentro de cada contexto e sobretudo dentro de cada organização, preponderantes para um desenvolvimento contínuo através da mobilização de estruturas e implementação de sistemas internos cruciais ao planeamento, implementação e monitorização de estratégias que contribuam de forma concreta e positiva para essa mesma mudança (Abreu, 2007).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação assume atualmente uma importância crescente para todas as disciplinas do conhecimento, constituindo uma base essencial para o desenvolvimento do processo de aprendizagem, da construção do conhecimento e da tomada de decisão autónoma. Em enfermagem, a investigação torna-se fundamental como estratégia para identificar as necessidades dos clientes e fundamentar a prescrição de intervenções. A prestação de cuidados não deve ser encarada tendo por base teorias do experimentalismo, empirismo ou mesmo pelo tradicionalismo, mas fundamentada por dados demonstrados ou comprovados sob o ponto de vista científico (Hicks, 2006; Néné & Sequeira, 2022).

Neste sentido, a investigação deve permitir aos enfermeiros, independentemente dos contextos onde desenvolvem a sua prática, introduzir de forma positiva os contributos necessários à criação de padrões de qualidade em relação aos cuidados, orientar e refletir sobre a prática de acordo com as necessidades de cuidados dos clientes, avaliar a eficácia das intervenções associadas (Néné & Sequeira, 2022), e rentabilizar a utilização dos recursos disponíveis como forma de, poder contribuir para a indissociável responsabilidade económica e financeira das organizações (Hicks, 2006).

Concluído o enquadramento teórico, que permite a concetualização da temática em estudo, o enquadramento metodológico torna-se essencial para a investigação. Este deve ser realizado tendo em conta o processo de aprendizagem, devendo ser descrito com o exigido rigor científico, garantindo ainda a qualidade e confiabilidade dos resultados obtidos.

O paradigma da investigação deve ser entendido como um conjunto de pressupostos e valores que conduziram a pesquisa, expondo as diversas opções, procedimentos, estratégias e os limites do estudo na busca por respostas às questões formuladas, ou seja, na construção do conhecimento. Neste sentido, a fase metodológica, caracteriza-se como um plano de ação, um processo de desenho e de escolhas no uso dos diferentes métodos por parte do investigador ao longo do estudo (Coutinho, 2021), tendo como principal objetivo responder à questão inicialmente formulada (Néné & Sequeira, 2022).

O enquadramento metodológico, deve contemplar um conjunto de etapas importantes da investigação nomeadamente, a problemática e os objetivos, a definição do tipo de estudo, a definição dos participantes, a seleção dos instrumentos e os procedimentos na recolha de dados, a análise dos dados, a discussão dos resultados e as respetivas considerações éticas associadas à investigação (Fortin et al., 2009).

3.1. Problemática e objetivos

A seleção da problemática para a investigação deve constituir como um primeiro e importante passo, ou seja, o ponto de partida do processo de investigação, permitindo assim estabelecer o guia orientador para todos os procedimentos subsequentes (Néné & Sequeira, 2022). A escolha inicial do tema, resultado muitas vezes de determinantes importantes em relação às vivências do profissional, às situações de mal-estar ou inquietações diárias da prática de cuidados, deve conduzir o investigador na procura de possíveis explicações, à melhor compreensão da temática, permitindo assim uma elucidação, modificação da prática de cuidados ou mesmo do conhecimento (Fortin et al., 2009).

Por outro lado, a escolha da problemática deverá ser ainda baseada em muitos outros fatores não negligenciáveis por parte do investigador nomeadamente, os objetivos da pesquisa efetuada de forma preliminar, o tempo disponível, as questões éticas, os custos e a própria disponibilidade para o desenvolvimento de todo o processo de investigação (Estrela, 2018).

Associado a esta fase inicial da definição da problemática, o investigador deve desenvolver uma revisão de conhecimentos de acordo com a evidência disponível, permitir clarificar a própria questão e problema de investigação e, em simultâneo, dar visibilidade e pertinência ao estudo (Néné & Sequeira, 2022).

Relativamente ao estudo apresentado nesta dissertação, a aquisição de competências e a forma como decorre a transmissão do conhecimento no momento de integração dos novos enfermeiros, constitui para o investigador uma problemática que decorre da prática de cuidados num SMIP. Este contexto, caracterizado desde logo pela sua complexidade e especificidade, assume-se

igualmente como um contexto bastante próximo, traduzido no conhecimento pormenorizado do ambiente e situações problemáticas potencialmente associadas, no entanto, pode constituir simultaneamente uma influência negativa no que se relaciona com a dificuldade de distanciamento do investigador face ao mesmo.

As competências adquiridas ao longo da formação inicial são suscetíveis de mudança ao longo do exercício profissional, articulando-se em diferentes dimensões como a pessoal, profissional e social de cada enfermeiro, num processo dinâmico e complexo mediado pelas várias interações e associado às diferentes experiências vivenciadas ao longo do tempo e do percurso profissional (Serrano, 2008). A formação ao longo da vida, deve assumir assim um papel preponderante para o desenvolvimento pessoal e profissional de cada enfermeiro.

O processo de desenvolvimento de competências associado ao processo de integração num novo serviço, deve envolver e constituir um processo de reflexão sobre os problemas identificados diariamente na prática de cuidados, promovendo a consciencialização e a partilha entre todos, ESC e ES, e tendo como objetivo central incentivar a transformação do conhecimento e a integração de práticas de qualidade que garantam a segurança nos cuidados prestados (Abreu, 2007; Serrano, 2008). A integração num determinado contexto exige a possibilidade de se desenvolverem aprendizagens de determinadas componentes técnicas, onde a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática de cuidados, a experimentação, a partilha de saberes em contexto de trabalho e a busca constante para poder atingir determinada perícia (Benner et al., 2001).

O processo de integração de um enfermeiro representa um desafio em diferentes vertentes uma vez que, exige a implementação de programas de integração adaptados às necessidades organizacionais, às especificidades dos contextos e às necessidades dos novos profissionais. O objetivo principal deste processo é facilitar a adaptação do profissional de forma eficaz, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados prestados, o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como a aquisição de competências específicas em enfermagem,

especialmente no contexto da medicina intensiva pediátrica.

O período de adaptação, que muitas vezes coincide com o início da sua atividade profissional, é um momento de adaptação que está frequentemente associado a experiências de *stress*, ansiedade, medo e insegurança. Esses sentimentos surgem não apenas devido às novas tarefas, mas também pela falta de experiência no contexto, desconhecimento das situações diárias, novas competências a serem desenvolvidas ou conhecimentos a adquirir (Silva, 2010).

Neste sentido, a aquisição de competências ao longo de todo o processo de integração desempenha um papel crucial no desenvolvimento profissional e pessoal, no crescimento e na transição para a autonomia na prestação de cuidados de enfermagem. Deste modo, qualquer incidente a este nível pode envolver um impacto significativo para a segurança e qualidade dos cuidados prestados e, ao mesmo tempo, contribuir de forma negativa para o incumprimento a nível organizacional de objetivos estratégicos, particularmente na gestão eficaz dos recursos disponíveis.

Neste enquadramento conceptual, a SC deve assumir um papel preponderante na orientação para o desenvolvimento de um processo formal de acompanhamento de toda a prática profissional. Esse processo visa promover uma tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados através de reflexão e análise da prática clínica diária.

Para operacionalizar este conceito, é fundamental que os profissionais adotem, de forma consistente, um conjunto de práticas reflexivas. Estas práticas são essenciais para avaliar e analisar os cuidados prestados, com o objetivo de os otimizar de forma contínua (OE, 2010).

A exploração e sensibilização para a problemática conduzida pelo investigador, tem como finalidade contribuir para a construção de um programa de integração de enfermeiros, ajustado às especificidades de um SMIP. A integração de novos conceitos e perspetivas da supervisão de enfermeiros no período inicial de adaptação, poderá potenciar o alcance de um conhecimento alargado e aprofundado em enfermagem e em medicina intensiva pediátrica. Este processo visa preparar para o imprevisto, desenvolver a capacidade de observação e análise crítica das situações, estabelecer prioridades de forma rápida e segura,

fortalecer o controlo emocional em contextos exigentes e fomentar a comunicação e trabalho em equipa.

Perante esta perspetiva e problemática de investigação, conhecer a perceção dos enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados sobre o processo de integração foi identificado como a questão central pelo investigador. Neste sentido, e como tentativa de encontrar a resposta a determinada questão, foi analisado o processo de integração durante um período específico no contexto de um SMIP, incluindo a forma como este foi percecionado pelos diferentes intervenientes, as etapas definidas e percorridas, os objetivos estabelecidos para o processo, as competências desenvolvidas, os conhecimentos adquiridos e o modo como ocorreu a transição para a autonomia na prestação de cuidados dos novos elementos.

No que respeita aos objetivos da investigação, estes devem constituir-se como enunciados claros que permitam descrever, de forma precisa, as variáveis, a população alvo e a orientação do próprio estudo. Esses objetivos não devem ser extensos ou vagos, mas permitir incorporar implicitamente todas as variáveis relevantes, possibilitando ainda explorar, identificar, descrever ou explicar um fenómeno específico. Dessa forma, devem refletir com exatidão a intenção do investigador no desenvolvimento da investigação (Freixo, 2018).

Face à problemática exposta, o investigador definiu como objetivos:

- Analisar a perceção dos enfermeiros em relação ao seu processo de integração no SMIP num hospital do distrito do Porto;
- Explorar a perceção do ESC em relação ao processo de integração de enfermeiros no SMIP num hospital do distrito do Porto;
- Identificar os modelos ou programas de integração utilizados pelo ESC na integração de enfermeiros no SMIP num hospital do distrito do Porto;
- Avaliar os fatores facilitadores e barreiras na transição para a autonomia durante o processo de integração no SMIP num hospital do distrito do Porto;
- Conhecer o impacto do processo de integração para a qualidade e

segurança dos cuidados prestados após o período de integração no SMIP.

3.2. Tipo de estudo

Atualmente os processos de investigação em enfermagem utilizam diferentes abordagens metodológicas, tanto qualitativas como quantitativas. Não se pode afirmar a superioridade de uma sobre a outra, pois ambas possuem características distintas e perspetivas de estudo diferentes. A escolha de uma abordagem, isolada ou complementar, depende das opções efetuadas pelo investigador e da natureza do fenómeno em estudo, permitindo a obtenção de dados ou a explicação de fenómenos sob diferentes perspetivas (Fortin et al., 2009; Hicks, 2006).

No caso do estudo do processo de integração de enfermeiros no contexto de um SMIP, traduzir a perceção dos enfermeiros em números foi considerado como inviável. Neste sentido, foi efetuada a escolha de uma análise descritiva utilizando uma metodologia qualitativa, com o objetivo de promover a compreensão profunda do fenómeno e das experiências vivenciadas pelos enfermeiros. Essa abordagem permitiu descrever diferentes pontos de vista e, registar verbalmente reações, sentimentos e opiniões individuais, possibilitando a interpretação do fenómeno sem a preocupação de estabelecer relações causais entre os possíveis fatores de risco, exposição ou efeitos esperados (Hicks, 2006).

A metodologia qualitativa visa compreender e analisar a experiência individual de forma rigorosa e sistemática, revelando as particularidades de cada sujeito. Além disso, a sua aplicação pode gerar hipóteses etiológicas que poderão ser confirmadas posteriormente por estudos analíticos (Néné & Sequeira, 2022).

Embora esta metodologia possa permitir alguma flexibilidade a partir dos conceitos e categorias que emergem dos dados recolhidos, o seu cariz indutivo exige ao investigador um conhecimento aprofundado do fenómeno e do ambiente estudado. Este conhecimento implica um contato frequente e contínuo com o campo de investigação, permitindo assim recolher os dados pretendidos e parcialmente definidos (Néné & Sequeira, 2022).

No caso desta dissertação, o investigador encontra-se inserido no contexto em análise, com profundo conhecimento do fenómeno e do ambiente envolvente. Esta proximidade pode ser considerada um fator positivo para o desenvolvimento da investigação, no entanto, é essencial garantir que a mesma não compromete o rigor da recolha e tratamento da informação. O investigador deve adotar medidas para evitar enviesamentos ou influências excessivas sobre as opiniões ou comportamentos dos participantes (Hicks, 2006). O foco principal é descrever e interpretar o fenómeno em estudo, em vez de avaliar os comportamentos específicos de cada participante, demonstrando a capacidade para atribuir determinado significado ao fenómeno em análise (Freixo, 2018).

Na metodologia qualitativa, muitos estudos recorrem a vivências passadas dos participantes, o que confere um cariz retrospectivo à investigação. No entanto, essa retrospectividade pode influenciar a qualidade dos dados recolhidos, uma vez que as memórias seletivas ou imprecisas dos participantes podem enviesar as informações transmitidas. Assim, é importante que o estudo decorra dentro de um intervalo temporal próximo dos eventos analisados (Hicks, 2006).

Neste estudo em particular, e como forma de evitar o enviesamento associado à recolha retrospectiva da informação, o fenómeno de integração de enfermeiros foi analisado com base nas experiências vivenciadas pelos participantes durante um período relativamente próximo ao início da investigação no contexto do SMIP de um hospital no distrito do Porto.

3.3. Participantes

Na investigação científica, a definição da população alvo é passo crucial para a recolha dos dados. Esta população corresponde ao grupo de pessoas ou sujeitos com características comuns e relevantes para o estudo. A sua definição inicial, permite ao investigador delimitar, de forma precisa, tanto o fenómeno a ser estudado quanto os dados a serem recolhidos, sempre em alinhamento com os objetivos previamente definidos (Fortin et al., 2009).

Contudo, nem sempre é viável incluir todos os sujeitos com as características desejadas, devido a limitações financeiras, temporais ou logísticas, sendo por isso essencial a definição de critérios de seleção. Esses critérios, quando

corretamente definidos, ajudam a garantir que a amostra representa fielmente a população alvo, permitindo assim que os dados recolhidos sejam adequados e relevantes para o estudo (Estrela, 2018).

No estudo em questão, a população alvo foi composta por enfermeiros do SMIP de um hospital do distrito do Porto. Esta incluiu enfermeiros que passaram por um processo de integração e os respetivos supervisores clínicos que os acompanharam. Apesar de a estratégia de amostragem poder levantar questões quanto à representatividade da população (Estrela, 2018; Freixo, 2018), tratando-se de um estudo qualitativo o número de participantes irá depender da saturação dos dados obtidos através da colheita de dados (Estrela, 2018).

A adequação efetuada dos participantes ao objeto de estudo foi um dos aspetos inicialmente considerado, tendo sido ainda importante o conhecimento prévio que o investigador sustentava sobre a população a incluir na sua investigação.

Considerando a acessibilidade e a disponibilidade dos participantes, o investigador estabeleceu critérios específicos, incluindo um recorte temporal, limitando assim os participantes aos elementos que passaram pelo processo de integração num período relativamente próximo à investigação e, os respetivos enfermeiros que desempenharam o papel de supervisores clínicos.

Participaram no estudo 10 enfermeiros, sendo cinco supervisados e cinco supervisores clínicos. No grupo dos enfermeiros supervisados e, de acordo com a sua categorização, todos eram do género feminino, com idades maioritariamente entre os 25 e os 29 anos (60%). Todos possuíam Licenciatura em Enfermagem (100%), sendo que 40% tinham formação complementar com a realização de uma Pós-graduação em Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais. Relativamente à experiência profissional, apresentavam uma média de 5,75 anos, sendo que apenas 20% possuíam experiência prévia na área pediatria e apenas 20% em serviço de medicina intensiva de adultos.

Relativamente aos enfermeiros supervisores clínicos, eram também exclusivamente do género feminino, a maioria tendo mais de 45 anos de idade (80%). Todos possuíam a Licenciatura em Enfermagem (100%), dos quais 60 % tinham a especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, e apenas 20% detinham o grau de Mestre em Enfermagem. A experiência profissional média era de 25,4

anos, destacando-se uma média de 22,4 anos na área pediátrica e 24,6 anos na área de cuidados intensivos. Quanto à experiência em SC, 80% dos supervisores clínicos já haviam conduzido processos de integração, sendo que 60% realizaram formação isolada em SC.

Esta caracterização reforça a relevância e adequação dos participantes no estudo, destacando-se a diversidade de experiências e formações que permitem uma análise abrangente do fenómeno investigado.

3.4. Recolha de dados

A escolha do método de colheita de dados assume perante qualquer investigação uma componente de importância extrema. Reportando às suas características, os estudos de natureza qualitativa permitem a utilização de métodos e técnicas de recolha de dados mais flexíveis, como as entrevistas, observações ou análises de documentos, favorecendo assim a descoberta de novos fenómenos (Fortin et al., 2009).

Na seleção do instrumento para a recolha dos dados, o investigador deve ter um conhecimento profundo do fenómeno em estudo, da sua natureza e do contexto envolvente, por forma a possibilitar recolher o maior número possível de dados, imprescindível na resposta aos objetivos delineados (Fortin et al., 2009).

De acordo com a investigação exposta, e face aos objetivos que foram delineados centrarem-se no processo de integração dos enfermeiros num contexto de trabalho, o método escolhido pelo investigador recaiu sobre a entrevista. Na sua aplicação, as entrevistas foram realizadas aos dois grupos de enfermeiros, supervisados e supervisores clínicos, ambos inseridos no SMIP de um hospital do distrito do Porto.

Atendendo à sua finalidade, a entrevista assume-se como um instrumento que consegue reunir características importantes na procura da informação, na verificação, na exploração ou aprofundamento do conhecimento sobre o fenómeno particular em estudo (Freixo, 2018).

De acordo com as suas características, maior flexibilidade, possibilidade em aprofundar diferentes componentes da experiência individual dos sujeitos,

utilização em populações heterogéneas, utilização de dados da comunicação verbal e não verbal, este método assume numerosas vantagens na acessibilidade a informação considerada única e muitas vezes difícil de observar ou acessível por outros métodos documentais, recorrendo para isso a um custo relativamente baixo (Néné & Sequeira, 2022).

Por outro lado, deve o investigador ter presente algumas desvantagens nomeadamente, a possibilidade de obtenção de informação menos precisa ou de acordo com o esperado, as dificuldades de comunicação e interpretação dos sujeitos relativamente às questões e aos assuntos expostos, a perda de confiança ou o receio na comunicação de determinados sentimentos pela própria constituição da amostra e assim, relativa proximidade ao contexto e sujeitos (Freixo, 2018).

No sentido de controlar alguns dos aspetos menos positivos associados a este método de recolha de dados, nomeadamente aqueles relacionados com a forma como decorre a recolha de informação, como são colocadas as questões ou a interferência do participante ao longo de todo o processo, o investigador deve definir o tipo de estrutura da entrevista que pretende aplicar.

Desta forma, pode o investigador recorrer a uma forma rígida e completamente controlada em relação ao conteúdo e desenvolvimento, através de uma entrevista estruturada ou, por outro lado, adaptar-se às condições de momento ou de desenvolvimento da própria entrevista, de uma forma livre, sem guião ou qualquer sequência determinada, utilizando uma entrevista não estruturada (Freixo, 2018).

Combinando as características anteriores, e de uma forma semiestruturada, poderá ser ainda possível ao investigador uma combinação de estratégias. De forma mais flexível pode, com a utilização de um guião, sem respostas ou condições pré-estabelecidas, possibilitar ao participante expressar-se de acordo com o assunto ou questão colocada de uma forma livre, mas mantendo de certa forma o controlo sobre o assunto ou temática principal (Freixo, 2018).

O investigador deve manter o controlo sob a entrevista mesmo num modelo semiestruturado, definindo de forma prévia a temática principal a abordar, formular as questões de uma forma equilibrada (abertas, fechadas, simples ou

complexas), sempre em consonância com os objetivos previamente delineados (Néné & Sequeira, 2022).

Desta forma, é permitido que cada participante, de forma fluida e flexível consiga responder a todas as questões formuladas ou mesmo adicionadas posteriormente face ao decorrer da entrevista, exprimindo a sua opinião de uma forma natural, honesta e sem qualquer enviesamento ou juízo de valor face à interpretação (Fortin et al., 2009).

Na presente investigação, a opção pela utilização de uma estratégia semiestruturada assumiu-se como um aspeto importante, permitindo a recolha de informação relacionada com o processo de integração vivenciado de forma particular no contexto do SMIP, tanto no papel de ES como de ESC.

De acordo com a importância para o decurso da investigação, o investigador elaborou de forma prévia dois guiões semiestruturados para a aplicação e controlo das entrevistas nos dois grupos em estudo, enfermeiros supervisionados (Anexo I) e enfermeiros supervisores clínicos (Anexo II), tentando assim explorar com maior rigor a vivência em relação ao processo de integração.

Como qualquer outro instrumento de recolha de dados, existiu ainda um passo intermédio de aferição das questões, estrutura e orientação do próprio guião. Para este passo, o investigador integrou aquilo que foram as orientações proferidas pelas respetivas Comissões de Ética e Proteção de dados da instituição onde se insere o SMIP, associando-se ainda a análise que resultou da aplicação dos mesmos guiões a um grupo de enfermeiros (supervisados e supervisores clínicos), inseridos também no mesmo contexto da prestação de cuidados, e cuja participação não interferiu para a composição final da amostra do estudo.

Considerando-se como um momento de exposição profissional ou mesmo de particular fragilidade, especialmente na partilha de informações de cariz pessoal ou relacionado com um processo de integração e com informações relevantes a nível profissional, o planeamento de cada entrevista deve requer especial atenção por parte do investigador. Neste sentido, torna-se crucial que seja potenciado um clima de confiança, ideal à participação de cada sujeito na investigação, evitando desvios verbais e não verbais, mensagens negativas ou

possíveis juízos de valor associados às questões colocadas ou expressões utilizadas (Fortin et al., 2009).

Perante os determinantes associados à participação dos enfermeiros, o agendamento das entrevistas foi realizado de acordo com a disponibilidade individual de cada participante, dando a opção para que as mesmas pudessem ser realizadas em diferentes formatos (presencial ou virtual), tendo ainda sido realizadas fora do horário laboral e do contexto de trabalho onde se desenvolveu a investigação.

Relativamente aquilo que foi a escolha unânime em agendar sessões à distância e disponibilidade de todos os participantes, foi possível programar as entrevistas durante os meses de março e abril do ano de 2024, recorrendo à plataforma *Microsoft Teams*® como apoio para o contacto virtual no momento da recolha dos dados. Desta forma, foi ainda possível após o consentimento de cada participante, a gravação para posterior transcrição e validação de toda a informação.

De salientar ainda que, as entrevistas tiveram uma duração média de 46 minutos, sendo que no grupo dos enfermeiros supervisores clínicos a duração foi em média de 50 minutos comparativamente com os 42 minutos no grupo dos enfermeiros supervisionados.

3.5. Percurso da investigação

O percurso desta investigação teve o seu início com a solicitação, em dezembro de 2023, dos pedidos de autorização para a realização da investigação junto dos vários órgãos da instituição hospitalar do norte de Portugal nomeadamente, Comissão de Ética (CE 414/2023), Conselho de Administração, Direção de Enfermagem, Encarregado de Proteção de Dados, além da própria Direção e Chefia do respetivo SMIP, tendo obtido posteriormente aprovação em março de 2024 para a sua continuidade.

Posteriormente, foi necessário ser selecionada a amostra, tendo todos os participantes sido contactados individual e presencialmente pelo investigador, como forma de ser explicado, de forma breve o conteúdo da investigação,

objetivos e papel a desempenhar por cada elemento, permitindo assim aferir desde logo a disponibilidade individual para a participação bem como a isenção de quaisquer contrapartidas associadas à mesma.

Após validação do interesse inicial dos enfermeiros, e não pretendendo ser um momento isolado, o investigador disponibilizou em formato físico, um documento impresso com toda a informação relevante a cada participante na investigação (Anexo III), possibilitando desta forma uma análise e reflexão individual. Caso mantivesse a mesma intenção, cada participante assumia o compromisso da sua colaboração e participação com a assinatura do respetivo consentimento informado (Anexo IV), remetendo novamente ao investigador. Todos os documentos foram guardados, de forma segura e exclusiva pelo investigador principal e afastado do próprio contexto de trabalho.

No momento da devolução do consentimento informado, devidamente assinado pelo participante e investigador, foram agendadas as entrevistas de forma individual, sempre de acordo com as disponibilidades dos intervenientes, segundo o formato escolhido e cumprindo as sugestões do investigador. A programação e acesso à sessão foi da responsabilidade do investigador principal, em tempo útil para que todas as entrevistas pudessem decorrer sem quaisquer intercorrências, permitindo a recolha da informação para posterior transcrição e análise.

Após cada entrevista, e de acordo com os passos definidos, toda a informação foi transcrita e posteriormente validada, inicialmente pelo investigador pela confrontação com a gravação e posteriormente, pela leitura da mesma pelo próprio participante, permitindo assim uma validação da informação prestada pelo próprio.

Como estratégia individual do investigador, as entrevistas foram planeadas e emparelhadas entre os enfermeiros supervisores clínicos e os respetivos enfermeiros supervisionados, permitindo que a transcrição e análise fosse efetuada ao longo do tempo de forma coordenada, permitindo ainda a análise pormenorizada e respetiva confrontação de todos os dados recolhidos.

De salientar que, foi efetuado um emparelhamento e identificação das entrevistas entre os dois grupos de enfermeiros, importante para determinar o

que se considerou ser a saturação dos dados em relação aos objetivos inicialmente delineados após a realização de 10 entrevistas, cinco realizadas a enfermeiros supervisores clínicos e cinco aos respetivos enfermeiros supervisionados.

A análise e tratamento dos dados recolhidos nas entrevistas foi analisada tendo por base a análise de conteúdo defendida por Bardin, recorrendo para isso a um conjunto de técnicas de análise das diferentes comunicações expostas (Bardin, 2016).

Segundo Bardin (2016), uma análise de conteúdo deve organizar-se em três etapas, das quais se destaca a pré-análise, a exploração do material e por fim a fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Em relação à fase de pré-análise, o investigador deverá selecionar os documentos que pretende analisar, formular hipóteses, objetivos e mesmo indicadores importantes para a posterior interpretação dos dados recolhidos (Bardin, 2016). Neste sentido, o investigador começa por fazer nesta fase uma “leitura flutuante” por forma a ter contato com os documentos, a analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações” (Bardin, 2016, p. 124) que, de forma gradual deve assumir determinada precisão ou forma.

Relativamente à fase de exploração do material, caracterizada por ser uma fase morosa e cansativa, depende em muito da fase anterior e caracteriza-se pela aplicação de “operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (Bardin, 2016, p.129) pelo investigador.

Por fim, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação leva o investigador a efetuar a análise e tratamento dos dados recolhidos durante a investigação de forma a que estes possam ser considerados de certa forma “significativos” e “válidos” (Bardin, 2016, p.129). Desta forma, para ser garantido o rigor e a validade dos resultados obtidos, a utilização de testes de validação assume-se como importante no suporte à inferência e interpretação dos resultados.

No processo de codificação, o texto em estado em bruto sofre uma

transformação precisa, por forma a poder atingir a verdadeira representação do conteúdo (Bardin, 2016). Este processo de categorização pode ser efetuado através da identificação conteúdos semânticos (categorias temáticas), sintáticos (verbos e adjetivos), léxicos (sentido dos discursos) ou mesmo expressivo (tipo de linguagem utilizada).

Por outro lado, e segundo Bardin (2016), o processo de categorização deve incorporar obrigatoriamente determinadas qualidades, nomeadamente: homogeneidade (no mesmo conjunto de uma categoria não pode existir mais do que um registo ou dimensão de análise), pertinência (o sistema de categorias deve refletir inteiramente os objetivos da investigação), objetividade e fidelidade (a codificação dos discursos deve ser realizada com os mesmos critérios e da mesma forma) e produtividade (a totalidade de categorias deve permitir fornecer a quantidade de inferências, novas hipóteses ou exatidão dos dados, de forma a ser considerado produtivo).

De acordo com a investigação desenvolvida e, decorrente da análise de conteúdo dos dados, foi possível evidenciar vários domínios associados ao processo de integração dos enfermeiros no contexto da medicina intensiva pediátrica, permitindo em cada um elencar categorias e subcategorias face às frequências das expressões utilizadas individualmente pelos enfermeiros.

Relativamente às entrevistas aos enfermeiros supervisionados, foi possível evidenciar domínios como o processo de integração, o programa de integração, a relação supervisiva e a transição para a autonomia na prestação de cuidados, com as respetivas categorias e subcategorias associadas (Anexo V). Seguindo a mesma estratégia, analisadas as entrevistas dos enfermeiros supervisores clínicos, foi possível evidenciar domínios como o programa de integração, a relação supervisiva e a autonomia na prestação de cuidados, com as respetivas categorias e subcategorias associadas (Anexo VI).

Neste sentido, no decorrer desta investigação, a recolha, validação e organização dos dados permitiu ao investigador, extrair significados a partir da apresentação e síntese dos dados produzidos individualmente, da análise das frequências e ocorrências regulares encontradas, das possíveis configurações ou tendências causais estabelecidas ao longo das várias entrevistas. Desta

forma, foi possível respeitar o paralelismo e intersubjetividade entre os sujeitos envolvidos na investigação, evitando potenciais desvios ou eventual interpretação errada que pudesse, de alguma forma, interferir na análise final ou na evidência da informação encontrada (Fortin et al., 2009).

3.6. Considerações éticas

A investigação no âmbito das ciências sociais envolve frequentemente a análise de experiências relacionadas com seres humanos, profissionais ou doentes, devendo as considerações éticas assumir uma preocupação constante dos investigadores. Quaisquer que sejam os aspetos presentes na investigação, esta deve ser conduzida de acordo com o respeito pelos direitos da pessoa, cumprindo ao investigador a tarefa de, numa fase ainda inicial, analisar a possibilidade de existirem determinados inconvenientes, se estes se sobrepõem ou mesmo excedem as vantagens da própria investigação que lidera (Fortin et al., 2009).

O projeto de investigação foi formalmente submetido, numa fase inicial, à apreciação ao Conselho Técnico-Científico ESEP, e apenas posterior a essa aprovação foram solicitadas as autorizações necessárias ao Conselho de Administração da Unidade Hospitalar, órgãos de gestão do SMIP, Comissão de Ética e Encarregado de Proteção de Dados, tendo sido validados todos os pressupostos éticos associados e aprovada a continuidade do projeto.

A obrigatoriedade para a participação na investigação sempre foi uma posição bem clarificada pelo investigador junto de todos os enfermeiros, assumindo sempre a possibilidade de livre escolha por parte de cada participante e informando da possibilidade de interromper a sua participação em qualquer fase do estudo, não tendo para isso a necessidade de apresentar uma justificação ou estar sujeito a contrapartidas quer pela não participação ou eventual abandono da mesma (Fortin et al., 2009).

De forma a garantir o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, todos os participantes foram contactados individual e presencialmente pelo investigador, tendo sido esclarecidos de forma clara e precisa sobre a temática, objetivos e finalidade do estudo. Após este esclarecimento inicial, foi entregue um

documento com a explanação de todo o conteúdo do estudo para nova análise e possível solicitação de esclarecimentos adicionais, possibilitando que a tomada de decisão se realizasse de forma livre e esclarecida, sem qualquer ameaça, promessa ou pressão por parte do investigador. Associado a este momento, foi entregue e solicitado a assinatura do modelo de consentimento informado como forma de compromisso de todos os intervenientes.

Por outro lado, todos os dados recolhidos dos sujeitos, constitui informação importante para o investigador pelo que, este deve garantir que o acesso a essa informação não seja tornado publico ou de certa forma esteja acessível à consulta de outros (Freixo, 2018). Neste sentido, foi assegurado o arquivo seguro de todos os documentos apenas pelo investigador principal, em formato de papel e digital, com o compromisso de utilização apenas para fins da própria investigação e posterior eliminação de forma permanente.

Associado aos dados recolhidos na investigação, o investigador tem ainda a obrigatoriedade de manter o anonimato dos participantes, desenvolvendo estratégias à ocultação do nome dos participantes em qualquer parte acessível dos documentos resultantes do processo de investigação (Freixo, 2018). Neste sentido, durante a realização das entrevistas, da transcrição e validação, não foi identificado em nenhum momento o enfermeiro a ser entrevistado, utilizando apenas a codificação “ES” para identificar o enfermeiro supervisionado e “ESC” para identificar o enfermeiro supervisor clínico, associando-se posteriormente uma numeração a cada entrevista realizada (ES1 a ES5 e ESC1 a ESC5).

Face ao contexto da investigação, foi assegurado pelo investigador em todos os momentos, o respeito pelos princípios, valores deontológicos e éticos associados à profissão de enfermagem assim como, aspetos éticos inerentes à investigação em saúde, presentes na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo.

Apesar do grau de proximidade significativo do investigador face ao contexto e aos participantes, foi respeitado em todos os momentos a individualidade e opinião de cada sujeito, não constituindo por isso qualquer efeito de favorecimento ou influencia na recolha ou análise dos dados obtidos.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No decorrer do estudo desenvolvido, após exposição do enquadramento conceptual inicial e posterior enquadramento metodológico, este capítulo tem como objetivo apresentar, analisar e discutir os resultados obtidos com a investigação realizada, interpretando-os com base na evidência científica.

Dependendo do estudo desenvolvido, e sendo o objetivo central a resposta à questão de investigação ou verificação de determinadas hipóteses, o investigador deve apresentar os resultados segundo uma metodologia de tratamento de dados adequada, procurando explicar os resultados considerando o problema, o quadro conceptual e todos os aspetos metodológicos expostos (Fortin et al., 2009).

Resultando os dados da aplicação de 10 entrevistas a enfermeiros associados a um processo de integração no contexto de um SMIP (enfermeiros supervisionados e enfermeiros supervisores clínicos), a sua apresentação em forma de texto narrativo, terá como foco a explanação dos diferentes domínios identificados, as respetivas categorias e subcategorias associadas e que, emergiram da análise de conteúdo dos dados seguindo a metodologia de Bardin (2016), tendo ainda especial consideração os objetivos e questões de investigação inicialmente definidos.

Neste sentido, tendo como referência os objetivos inicialmente enunciados pelo investigador e, como forma de facilitar a compreensão dos dados recolhidos, a apresentação e discussão dos mesmos será organizada em subcapítulos, descrevendo assim as categorias, subcategorias e algumas unidades de registo que emergiram do *corpus* de análise dos discursos dos participantes ao longo das entrevistas.

Decorrente das entrevistas e da análise de conteúdo, foram elaboradas duas matrizes de categorização que sintetizam todos os dados recolhidos, uma para os enfermeiros supervisionados (Anexo V) e uma para os enfermeiros supervisores clínicos (Anexo VI), importantes para a análise e discussão apresentada em seguida.

4.1. Perceção do enfermeiro supervisionado em relação ao seu processo de integração no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica

O processo de integração nos contextos de trabalho, considerado por muitos profissionais como uma fase de adaptação significativa, exigente e com um importante cariz individual, impõe a necessidade de um processo com o desenvolvimento de uma relação positiva e construtiva com toda a estrutura existente em determinado contexto (Albuquerque, 2021).

Neste sentido, este processo de adaptação inicial à prática profissional ou de readaptação a um novo contexto, é percecionado por cada enfermeiro de uma forma particular. No estudo efetuado, os enfermeiros supervisionados percecionaram o processo de integração, de forma significativa, descrevendo-o como sendo um período difícil e exigente.

Relativamente à subcategorização **“difícil”**, associaram o facto de ser **“uma unidade que não tinha tido contacto”** (ES1) e por isso uma **“experiência difícil”** (ES1) ou apenas como um **“período de uma adaptação muito difícil”** (ES3), assumindo ainda que, **“não são processos fáceis”** (ES2) dada a possibilidade de ocorrência de **“problemas e situações complicadas”** (ES2).

No mesmo sentido, no domínio do processo de integração, assumiram ainda como **“exigente”** dado que **“lidamos com doentes gravemente doentes”** (ES1), com **“uma exigência muito grande”** (ES5) sendo ainda um **“serviço pesado e com muita responsabilidade”** (ES5), em que terá sido um período em que **“tinha de dar da perna e aprender muita coisa, porque havia muita coisa que não sabia ou não percebia o que estavam a tentar transmitir”** (ES2).

Por outro lado, apesar da exigência associada ao contexto do SMIP, foi ainda possível associar a este processo de integração, de forma menos significativa, determinadas subcategorias como **“desafiador”** (ES5), dado que **a “pediatria sempre foi a área que quis trabalhar”** (ES5) e ao mesmo tempo **“estimulador”** (ES5) para o percurso profissional pelo **“querer saber mais e querer aprender mais”** (ES5), sendo por isso, de uma forma geral considerado de **“bom”** (ES4).

Comparativamente com outros estudos expostos, os contextos de medicina intensiva são classificados como ambientes de alta complexidade (Padilla et al., 2019), onde os jovens profissionais podem sentir-se atraídos pelos desafios e aspetos tecnológicos presentes, constituindo por isso contextos com um ambiente desafiador e emocionante (Hussein et al., 2019). Por outro lado, podem ser simultaneamente considerados como ambientes exigentes, com elevada carga de trabalho obrigando os profissionais ao desempenho de multitarefas, podendo assim conduzir a vivências consideradas de certa forma complexas (Serafin et al., 2021).

Analisando os dados recolhidos sobre as características pessoais dos enfermeiros supervisionados inseridos no estudo, nomeadamente a experiência profissional prévia ao processo de integração vivenciado, será importante destacar que 60% dos enfermeiros tinha três ou menos anos de experiência profissional, 80% não tinha qualquer experiência em contexto pediátrico mesmo que de uma forma geral e, apenas um enfermeiro referiu ter experiência no contexto de um SMI por período curto numa unidade de adultos. Mesmo com a referência de dois enfermeiros supervisionados para a realização, ainda que de forma prévia ao momento de integração, de uma formação complementar em cuidados intensivos pediátricos e neonatais, o processo de integração vivenciado assumiu, na globalidade de opiniões, como um **“período de adaptação muito difícil”** (ES3).

Sendo o contexto da medicina intensiva descrito como ambiente de elevada complexidade (Padilla et al., 2019), acrescido de ser um contexto pediátrico e ao mesmo tempo polivalente, as situações vivenciadas apresentavam um grau substancial de variabilidade ao longo do período de integração, constituindo um desafio para todos os enfermeiros, especialmente para profissionais com menos experiência. Complementando com o estudo desenvolvido por Serafin et al. (2021), a maioria dos participantes igualmente com três ou menos anos de experiência profissional, referiram não se encontrarem preparados para desenvolver a sua atividade em contexto de medicina intensiva após a licenciatura, dada a falta de experiência e de conhecimento nesse momento do seu percurso profissional.

Este período de adaptação deve ser assumido como um verdadeiro processo, que ultrapassa aquilo que é a simples adaptação à organização, à unidade ou a determinado contexto de trabalho em específico. O período de integração deve ser assumido como um processo contínuo difícil e exigente para o desenvolvimento pessoal e profissional, assistindo-se ao confronto de forma simultânea daquilo que são os patrimónios individuais com os patrimónios coletivos da equipa onde foi inserido. É sobretudo um período onde podemos observar a necessidade de cada profissional em desenvolver processos reflexivos como forma de dar visibilidade aos conhecimentos e às competências que foram sendo adquiridos ao longo do tempo (Abreu, 2007).

Perante as exigências do período inicial de adaptação aos contextos de trabalho, especialmente quando vivenciados em contextos de maior complexidade, com determinado grau de imprevisibilidade e, quando assumido pelos enfermeiros supervisionados como um **“período de adaptação difícil”** (ES3) e com uma **“exigência muito grande”** (ES5), é frequente surgirem experiências e sentimentos desagradáveis como ansiedade, medo, angústia, dúvida, insegurança ou mesmo, determinados períodos de desanimo ou impotência (Silva, 2010).

Relativamente ao estudo desenvolvido, verificou-se perante o domínio do processo de integração que os enfermeiros supervisionados identificaram no seu percurso sinais categorizados como de um determinado impacto emocional, referindo-se de forma significativa a sentimentos como desmotivação, desorientação, *stress*, segurança ou insegurança, nervosismo ou mesmo de alguma ansiedade.

Relativamente à subcategorização desmotivação, esta foi manifestada essencialmente pelo processo de integração ser **“um período muito complicado e que levou mesmo a crer que não devia continuar a trabalhar no serviço”** (ES3), onde **“muitas vezes as dúvidas eram apaziguadas”** (ES3), **“as respostas não faziam sentido”** (ES3) e resumiam-se a dizer **“que aqui é assim que se faz”** (ES3) exigindo ao enfermeiro supervisionado, de forma constante, a **“procurar as respostas em casa”** (ES3) e potenciar, por vezes, **“medo de dar ideias”** (ES3) ou **“medo daquilo que possam dizer”** (ES3) face

à sua prestação de cuidados ou conduta profissional.

Associado ao impacto do processo de integração, foi identificado no discurso dos enfermeiros supervisionados alguns aspetos associados a possível desorientação sentida como referência ao facto de o processo **“não ter um fio condutor e ser um bocadinho no aleatório”** (ES1), levando o ES a sentir-se **“um bocadinho à nora”** (ES2) ou mesmo **“muito perdida”** (ES5).

Face ao exposto, e perante a possibilidade de alguma desorientação ou desmotivação face ao processo de integração vivenciado no contexto do SMIP, foi possível ainda identificar, de forma significativa, outros sentimentos relacionados com este impacto emocional dos enfermeiros supervisionados nomeadamente com o facto de ser **“por um lado stressante pelo contexto em si da pediatria e por outro de toda a especificidade da área dos cuidados intensivos”** (ES5), **“numa só palavra, muito stressante”** (ES3). Segundo o discurso analisado, para os enfermeiros supervisionados, **“nós lidamos um bocadinho com o stress do que é trabalhar na unidade de cuidados intensivos (...) de ter que gerir muito bem o stress (...) importante para conseguir ter um pensamento no sítio”** (ES1).

No período categorizado como de algum stress por alguns enfermeiros supervisionados, foi percecionado por outros algum nervosismo e ansiedade pelo facto de, a integração ter decorrido de forma **“muito apressada”** (ES3), onde os conhecimentos eram transmitidos e explicados aparentemente **“de modo fácil”** (ES1) para o ESC mas, **“por vezes não assim tão lógico”** (ES1) para o ES, tornando-se **“um período complicado, com muita pressão e mesmo com algum mau estar”** (ES3), impossibilitando muitas vezes **“demonstrar que não tinha conhecimentos ou que tinha menos”** (ES2) face a determinados conceitos ou procedimentos executados.

Condicionado pelo impacto emocional produzido pelo processo de integração sobre os enfermeiros supervisionados, foi ainda perceptível no discurso analisado, sentimentos associados a possível insegurança face ao contexto e por isso a necessidade de **“ter sempre o supervisor enquanto fazia algum tipo de cuidado (..) face à duvida mesmo em coisas básicas”** (ES5), de **“estar muito presa sobretudo aos ecrãs e naquilo que nos mostram”** (ES2), e sobretudo,

quando ***“aquilo que lia na teoria não batia certo com aquilo que via na prática”*** (ES3).

O processo de integração deve surgir em associação com a aplicação de diferentes estratégias de socialização instituídas nas organizações, com o objetivo da redução da ansiedade e incerteza do novo colaborador, possibilitando que este consiga integrar-se no meio envolvente da organização, no contexto de trabalho e na prática assistencial de enfermagem (Peltokorpi et al., 2022).

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente em contexto crítico pode constituir-se intelectual e emocionalmente um desafio, exigindo uma tomada de decisão e respostas rápidas face às situações de multitarefas ou mesmo ameaçadoras da condição de vida.

O SMI representa para muitos um ambiente acelerado e tecnologicamente avançado, onde a intervenção profissional está frequentemente associada à diferenciação e complexidade das tarefas desenvolvidas pelos profissionais, podendo provocar sentimentos de *stress*, desorientação, desmotivação e exaustão, principalmente ao longo do processo de integração ou nos profissionais menos experientes (Wright et al., 2020).

No decorrer do processo de integração em Serviços de Medicina Intensiva, os enfermeiros vivenciam diferentes sentimentos, associando-se um determinado impacto emocional, positivo ou negativo, dependendo para isso as experiências individuais de cada profissional. Descrito como um impacto emocional positivo, vários estudos mencionam a presença nos profissionais de sentimentos como a autoconfiança e a satisfação face aos ambientes desafiadores e emocionantes, destacando ainda alguns traços de personalidade importante nos profissionais nomeadamente a coragem, assertividade e a humildade (DeGrande et al., 2018 Hussein et al., 2019; Macedo et al., 2019). Por outro lado, e associado a um impacto emocional negativo, foram descritos sentimentos como falta de confiança, incerteza, insegurança, desmotivação, medo, ansiedade, insatisfação, *stress* e *burnout* (DeGrande et al., 2018, Padilla et al., 2019; Serafin et al., 2021).

A presença de um impacto emocionalmente positivo relacionado com a exigência

de um ambiente dependente tecnologicamente e, o entusiasmo das intervenções associadas às estratégias terapêuticas ou de suporte, contrastam muitas vezes com o impacto negativo demonstrado por outros profissionais, traduzindo-se no medo, na possibilidade de errar ou mesmo de não estarem preparados para atuar perante situações de emergência (Elias & Day, 2020). O impacto emocional negativo é referenciado pelos profissionais como estando associado muitas vezes à carência de conhecimento, de competência técnica necessária no cuidado ao doente crítico e, ao ambiente de alta complexidade dominado pela presença de tecnologia (DeGrande et al., 2018, Padilla et al., 2019; Serafin et al., 2021).

Como demonstrado, no decorrer do processo de integração nos contextos de trabalho, os enfermeiros podem vivenciar diferentes experiências traduzindo-se em determinado impacto emocional e condicionar por isso o desenvolvimento pessoal e profissional. Associado ao SMIP, sentimentos de incerteza ou mesmo de choque inicial perante o contexto podem, através da experiência, resiliência e autodeterminação, conduzir ao desenvolvimento das capacidades individuais, do conhecimento e intuição, importantes para ultrapassar as dificuldades associados ao período de adaptação.

Reportando à análise do discurso dos enfermeiros supervisionados no estudo exposto, e associado ainda ao domínio do processo de integração vivenciado no SMIP, foram identificadas e categorizadas algumas barreiras associadas à integração. De forma significativa, os enfermeiros supervisionados referiram que as principais barreiras ao longo do processo de integração centraram-se na falta de oportunidades, na organização do contexto do SMIP, na inexistência de um plano estruturado para a integração e a falta de experiência no contexto. De forma menos significativa, acabaram por referir ainda outras situações relacionadas com a falta de comunicação, a falta de envolvimento do enfermeiro gestor com o processo, a duração total do processo ou mesmo a inexistência de um manual de integração ou a falta de conhecimento.

Associado à subcategoria identificada de falta de oportunidades, esta assumiu maior expressão no discurso dos enfermeiros supervisionados dado ter sido um período ***“em que não havia sempre muitos doentes na unidade”*** (ES1), onde

inclusive **“eram até dispensados os elementos (...) ou tínhamos doentes menos críticos”** (ES1). Esta característica associada ao contexto do SMIP de variabilidade constante nas taxas de ocupação dos doentes no período de integração, suscitou nos enfermeiros supervisionados uma sensação de que não **“houve coisas ou casos específicos”** (ES2), de **“não ter tido mesmo contacto”** (ES2) ou mesmo referência às **“poucas oportunidades de aprendizagem”** (ES2), **“falta de experiências, de técnicas e de procedimentos”** (ES5).

A admissão e internamento de doentes assumindo-se como uma condicionante associada ao contexto específico do SMIP e, não relacionada com os profissionais envolvidos, pode interferir de uma forma decisiva e constituir assim uma **“fase complicada (...) ou a parte mais negativa”** (ES5) de todo o processo de integração dos enfermeiros neste contexto. Por outro lado, e dada a organização estabelecida em particular neste SMIP, foi perceptível a falta de oportunidades relacionada com o centrar dos cuidados **“sempre com aquele doente”** (ES3) descorando **“outras oportunidades que escapavam** (ES3) ou que **“muitas vezes não íamos atrás daquelas oportunidades”** (ES3), tornando-se assim uma **“fase atípica que atravessou o processo de integração”** (ES5).

Relativamente à organização específica do SMIP, subcategoria identificada na análise dos discursos dos enfermeiros supervisionados como barreira à integração, foi associada por um lado à organização da própria equipa e por outro, à organização do SMIP.

Em relação à equipa, sendo **“uma equipa construída”** (ES1), em que **“toda a equipa se conhecia”** (ES1) tornava-se depois **“complicado alguém se integrar, mostrar confiança no que estamos a fazer (...) e mesmo alguém confiar”** (ES1). Por outro lado, a organização do próprio SMIP constituiu por si só uma barreira dado ser um contexto em que foi percecionado como **“uma coisa muito generalizada e pouco personalizada”** (ES3), com um **“leque muito grande de patologias, de situações que aparecem em simultâneo e ao mesmo tempo, com muitas idades e com diferentes especificidades”** (ES5), causando uma possível dispersão dado que **“não havia um sentido**

orientador e apenas dependente dos doentes” (ES5). Concomitantemente, a própria disposição de equipamento pelo serviço contribuiu para uma maior dispersão do ES, exigindo um constante **“relembrar que uma coisa está num local e a outra num outro local”** (ES4).

De forma muito significativa, a subcategoria associada à inexistência de um plano estruturado de integração constituiu igualmente uma barreira ao próprio processo vivenciado pelos enfermeiros supervisionados. Desta forma, foi mencionado que o processo foi **“delineado tendo em conta o tipo de doentes que aparecia”** (ES1), **“o que ia surgindo (...), o decorrer do dia a dia e dos turnos (...), nada estruturado”** (ES2) e muito mais **“apalavrado”** (ES3).

Apesar de consideradas como menos significativas no discurso dos enfermeiros supervisionados, as subcategorias de falta de comunicação, a falta de envolvimento dos enfermeiros gestor e a duração do período de integração constituíram igualmente barreiras identificadas.

A falta de comunicação ao longo do processo de integração constituiu-se como uma barreira impossibilitando um **“feedback”** (ES2) entre os intervenientes ou mesmo a perceção do ES sobre a evolução, a necessidade de **“evoluir em determinados aspetos”** (ES1), da segurança no desempenho das intervenções associadas ao contexto ou eventualmente se seria necessário **“mais tempo ou não”** (ES3) para o processo de integração. Foi decididamente um período caracterizado por **“alguma falta de comunicação”** (ES4) de ambas as partes.

Associado ao último aspeto, os enfermeiros supervisionados identificaram alguns aspetos relacionais importantes, nomeadamente em relação ao enfermeiro gestor e à falta de envolvimento, considerando mesmo de alguma **“desconsideração perante os colegas que entraram novos”** (ES3), no **“discurso desadequado”** (ES3) utilizado ou mesmo na falta de **“interesse em acompanhar o processo de integração”** (ES3), demonstrado sobretudo por **“nem saber o nome corretamente”** (ES3) dos profissionais recentemente admitidos.

O período de tempo associado à integração no SMIP, outra subcategoria identificada no discurso analisado dos enfermeiros supervisionados, constituiu igualmente uma barreira, sendo considerado como um **“tempo curto”** (ES1),

um tempo insuficiente para uma integração completa dado **a “complexidade do serviço, a variedade de patologias, variedade de idades (...) e acabando por ser complexo e difícil estruturar tudo nesse tempo”** (ES5).

Por fim, a inexistência de um manual de integração constituiu igualmente uma subcategoria, apesar de menos significativa, identificada como barreira ao processo de integração dos novos profissionais, sendo caracterizada especialmente pela falta de informação relativamente aos **“protocolos definidos para as várias intervenções”** (ES2) ou mesmo informação desatualizada.

Como descrito anteriormente, o SMI é caracterizado como sendo um espaço envolto de enorme complexidade (Padilla et al., 2019) e tecnologicamente dependente, mas por outro lado, pode constituir um ambiente rico para os profissionais conseguirem desenvolver inúmeras aprendizagens associadas à prestação de cuidados, sendo neste caso marcante toda a experiência inicial e conhecimentos adquiridos (Macedo et al., 2019).

No entanto, para manter o entusiasmo inicial dos enfermeiros por estes ambientes emocionantes e desafiadores que são os Serviços de Medicina Intensiva (Hussein et al., 2019), é importante existirem dinâmicas, projetos permanentes de formação educacional a nível das organizações para todos os profissionais admitidos. Desta forma, seria possibilitado a aquisição de qualificação, conhecimento e habilidades, capazes de dar o suporte necessário para que sejam ultrapassadas muitas das barreiras associadas aos processos de integração nos contextos de trabalho (Macedo et al., 2019).

No estudo de Padilla et al. (2019), os enfermeiros supervisionados expressaram igualmente sentimentos de incerteza e insegurança face ao início da prestação de cuidados no contexto do SMI, associado a algumas barreiras encontradas nomeadamente a falta de suporte e apoio inicial. É fundamental a implementação de programas educacionais e dinâmicas de grupo que consigam, muito para além do colmatar da falta de experiência, de treino, de formação ou de conhecimentos, levar o ES a alcançar os resultados adequados evitando determinado tipo de erros.

Comparativamente com o estudo de Serafin et al. (2021), a maioria dos

enfermeiros supervisionados referiu também não estar preparado para início da atividade autónoma no SMI após o período de integração, por considerar que não dispunha do conhecimento suficiente. Assumindo o período de integração um carácter sempre temporário e, muitas vezes mais curto em relação ao esperado, a implementação de programas de integração integrados e adaptados aos contextos de trabalho, deve permitir controlar determinados sentimentos negativos, potenciando o esperado desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros supervisionados. A transição para a prática autónoma de cuidados, é fulcral para reduzir os efeitos do choque inicial deste processo (Graf et al., 2020).

Associado ainda a este domínio do processo de integração, e tal como referenciado no discurso dos enfermeiros supervisionados, a falta de comunicação e envolvimento do enfermeiro gestor constituiu uma barreira em todo o processo de integração. A presença e envolvimento do enfermeiro gestor em todos os processos, constituiu um elo importante para a motivação, educação e formação em contexto de trabalho, devendo por isso conseguir impor determinado estilo de liderança e proximidade (Macedo et al., 2019), demonstrando a preocupação por aquilo que deve ser a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências de todos os profissionais, em especial os enfermeiros supervisionados.

Apesar da identificação significativa de barreiras ao processo de integração, foi igualmente possível identificar no discurso dos enfermeiros supervisionados alguns aspetos importantes categorizados pelo investigador como fatores facilitadores ao processo vivenciado. Neste sentido, e de forma significativa, os dados recolhidos nas entrevistas permitiram a subcategorização dos fatores facilitadores, nomeadamente os aspetos relacionados com a experiência e relação do supervisor ou mesmo a experiência anterior do ES.

Ao longo das entrevistas, apesar da enumeração de aspetos menos positivos no decorrer do processo de integração, foi notório o reconhecimento por parte dos enfermeiros supervisionados, alguns fatores facilitadores importantes para o processo de integração vivenciado, nomeadamente o facto de os enfermeiros do SMIP terem “ **muitos da experiência e muitos anos daquele serviço**” (ES1).

A experiência profissional do supervisor representou, de acordo com a opinião

dos enfermeiros supervisionados, um fator facilitador para o processo de integração, assumindo o ESC como uma **“referência de enfermagem (...), uma referência para aprender”** (ES1), não só pela **“muita experiência”** (ES2) mas igualmente **“pelo conhecimento”** (ES2).

Associado à subcategoria da experiência do supervisor, a relação desenvolvida constituiu-se igualmente como um fator facilitador, caracterizado essencialmente pela referência ao **“ambiente tranquilo, aos momentos de reflexão e de diálogo criados”** (ES4) entre o ES e ESC e **“algumas vezes com uns colegas mais do que outros”** (ES2) da equipa multidisciplinar.

Caraterizado por muitos autores como um ambiente complexo, os profissionais são dominados pela especificidade tecnológica, pelo contexto ou mesmo pelas estratégias avançadas de suporte e terapêutica como resposta às situações patológicas por vezes emergentes (Macedo et al., 2019), renegando para um plano posterior a integração e o apoio de outros profissionais (Serafin et al., 2021).

Comparativamente com o estudo realizado, a presença de um ESC com experiência e com capacidade de liderança durante todo o processo de integração revelou-se como um fator facilitador na forma como o processo foi conduzido ou mesmo no apoio à transição para a prestação autónoma de cuidados (DeGrand et al., 2018; Serafin et al., 2021).

Reportando ao estudo desenvolvido, apesar da referência à importância decisiva deste fator facilitador para o processo de integração, foi expresso no discurso de um ES que apesar do acompanhamento inicial, **“ao longo do tempo, para aí no segundo mês de integração, esse acompanhamento deixou de existir (...) como já sabia o básico, ficou por ali, nada mais”** (ES3). Como demonstrado no estudo apresentado por Serafin e et al. (2021), a presença de um ESC dedicado e experiente para o desempenho da função no processo de integração deve exigir pelo próprio, uma preparação efetiva em relação ao ES, prestando o apoio e a orientação efetiva em todo o processo, não podendo limitar-se apenas em determinados momentos a uma mera observação passiva.

Neste sentido, o ESC e a restante equipa devem ser o verdadeiro modelo de experiência e de suporte ao ES na transição segura e de qualidade para a prática

autónoma de cuidados em qualquer contexto de trabalho, proporcionando uma sensação de verdadeiro apoio (DeGrand et al., 2018; Serafin et al., 2021).

O cuidado à pessoa em situação crítica cria, tal como amplamente descrito anteriormente, um ambiente altamente complexo exigindo profissionais com competências avançadas. Por outro lado, é imprescindível compreender quais as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros supervisionados e, sobretudo, quais as estratégias inicialmente utilizadas para facilitar o seu processo de integração em determinado contexto de trabalho (Linn et al., 2019).

Perante este domínio do processo de integração e da categoria das estratégias iniciais utilizadas pelo ES, foi possível com este estudo identificar algumas subcategorias nomeadamente, a autoformação, a reflexão individual e a formação externa.

De forma significativa, os enfermeiros supervisionados consideraram que ao longo do processo de integração foi fulcral efetuar **“todo um estudo”** (ES1), **“estudo pessoal”** (ES3), **“fora do contexto de trabalho, fora do horário de trabalho”** (ES1), um **“esforço em casa”** (ES3), por ser **“uma área muito específica”** (ES1). Como demonstrado pelas expressões dos enfermeiros supervisionados, foi um processo muito individual **“para conseguir ter o máximo de oportunidades”** (ES4), **“de escrever para não esquecer (...), para depois ver mais tarde alguma informação útil e pensar”** (ES2). Reconhecendo as lacunas de conhecimento individual, a formação pessoal e externa à instituição constituiu outro aspeto de interesse como estratégia inicial de adaptação nomeadamente com recurso a **“cursos online sobre princípios básicos de cuidados intensivos (...) e cuidados básicos em pediatria”** (ES3).

Reconhecendo a complexidade associada ao processo de integração do ES no contexto do SMIP, a necessária articulação do conhecimento teórico com o conhecimento prático, assume-se como ponto fulcral para o desenvolvimento das competências consideradas específicas na tomada de decisão eficaz e muitas vezes imediata face às situações vivenciadas (Linn et al., 2019).

Por outro lado, a formação do enfermeiro constitui não só uma forma de potenciar o desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, mas um dever para com a profissão de enfermagem.

Neste sentido, a formação dos profissionais associada aos processos de integração nos contextos de trabalho, deve assumir-se como algo de carácter obrigatório face ao desenvolvimento da própria profissão, devendo para isso o enfermeiro ser um profissional autónomo na capacidade para a autoformação como forma de atualização contínua de conhecimentos (Rodrigues, 2011).

Perante eventuais estratégias utilizadas pelo ESC durante o processo de orientação e integração do ES nos contextos de trabalho, tais como simulação, treino ou apenas demonstração, o ES deverá ter a capacidade de análise, reflexão e desenvolvimento de estratégias de resiliência perante aquilo que observa ou é transmitido, potenciando processos de autoformação (Flores et al., 2022).

A formação deve ser entendida como uma forma de adaptação à evolução tecnológica e científica e sobretudo, de aquisição de novas competências por parte dos enfermeiros supervisionados face aos contextos de trabalho, com o objetivo da autonomia na prestação de cuidados (Rodrigues, 2011).

Apesar da possível interferência do ESC, este processo de autoformação assume um cariz individual do ES perante as escolhas e as características específicas. Será certamente pelo respeito nas escolhas, na liberdade e características de cada profissional, que deve ser desenvolvida a formação a este nível, dotando cada ES de ferramentas que permitam ser autónomo no investimento e desenvolvimento de competências como resposta às situações vivenciadas (Rodrigues, 2011).

4.2. Perceção do enfermeiro supervisor clínico em relação ao processo de integração de enfermeiros no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica

Para a análise completa do processo de integração de novos profissionais no contexto do SMIP, é igualmente importante conhecer a perceção dos profissionais que desenvolveram a sua tarefa como enfermeiros supervisores clínicos neste mesmo contexto.

Assumindo o ESC um papel considerado importante na vertente pedagógica de todo o processo de integração de novos profissionais nos contextos de trabalho, devemos reconhecer essa responsabilidade enquanto profissional que, nos

diferentes momentos do processo, demonstra o conhecimento e as competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem (Albuquerque, 2021).

Neste sentido, importa analisar alguns dos dados recolhidos sobre as características pessoais dos enfermeiros supervisores clínicos inseridos neste estudo. Reportando em particular à experiência profissional dos enfermeiros supervisores clínicos envolvidos, salientar a experiência profissional média de 25 anos, dos quais 22 anos correspondem à média de anos enquanto profissionais apenas no contexto específico do SMIP.

Por outro lado, relativamente à função desempenhada enquanto ESC no SMIP, apesar dessa decisão ter sido exclusivamente atribuída ao enfermeiro gestor, 80% dos enfermeiros mencionou ter pelo menos uma experiência anterior associada ao processo de integração de novos elementos, mesmo que em contextos diferentes do atual. Por fim, e apesar da experiência profissional descrita pelos enfermeiros supervisores clínicos no estudo, destacar a formação efetuada em particular no contexto de SCE no momento prévio ao processo de integração por apenas 60% dos enfermeiros, mencionando que essa mesma formação só foi realizada de forma isolada e associada a outros processos individuais de formação.

Centrado neste aspeto inicial da experiência e formação do ESC, este apresenta-se como um dos aspetos considerados importantes para a escolha dos profissionais no desempenho desta função nos diferentes contextos de trabalho e associado aos processos de integração de novos profissionais.

A presença de um ESC dedicado, detentor de uma experiência significativa e com reconhecida capacidade de liderança, assume-se como um fator crucial para o suporte e apoio do ES durante todo o seu processo de integração, especialmente em contextos de especial complexidade como o caso do SMI (DeGrande et al., 2018, Hussein et al. 2019; e Serafin et al. 2021).

Tentando não focalizar a atenção na forma como os profissionais são escolhidos para o desempenho de determinadas funções nos seus contextos de trabalho, importante centrar a discussão nas características intrínsecas e descritas como fundamentais para um ESC. Este profissional, deve reunir assim um conjunto de

aspetos considerados importantes, nomeadamente ser detentor de uma experiência comprovada e reconhecida pelos restantes profissionais ao nível do cuidado à pessoa em situação crítica, para além de experiência na componente formativa (Silvestre, 2012).

Perante a exigência no desempenho da função de ESC, é fundamental que este profissional sustente a sua ação em processos com evidência, nas experiências passadas e sobretudo na sua capacidade de autorreflexão, possibilitando desenvolver com o ES um ambiente humano e emocionalmente positivo, facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional de ambos (Sá Chaves, 2011).

Para Sá Chaves (2011) o ESC deve, enquanto elemento ativo do processo de integração de novos profissionais nos contextos de trabalho, potenciar e facilitar o desenvolvimento e aprendizagem do ES. Deve conseguir reconhecer e demonstrar um exercício de supervisão com uma conduta ética capaz de refletir o seu compromisso social com o bem-estar e segurança da pessoa, bem como a responsabilidade pelos aspetos relacionados com a qualidade e a segurança do ambiente do trabalho (OE, 2018a).

Relativamente à perceção do ESC em relação ao processo de integração vivenciado, salientar a categorização efetuada por alguns enfermeiros como um processo de alguma indefinição, assumindo como algo em que **“não houve nada pré-definido”** (ESC3) ou mesmo como **“não tendo a necessidade de implementar algum tipo de objetivo a curto prazo”** (ESC4). Por outro lado, para outro enfermeiro foi um processo com um objetivo único, **“transmitir o máximo de conhecimento possível”** ao ES (ESC3), um processo unidirecional.

De forma precoce, é fundamental que o acolhimento no novo contexto se realize de uma forma eficaz na medida em que, contribui de uma forma decisiva para a integração e desenvolvimento profissional de cada profissional, para o familiarizar com os objetivos, valores, responsabilidades, procedimentos e sobretudo com a cultura de cada organização (Chillakuri, 2020).

Contrariamente à análise efetuada perante os discursos dos enfermeiros supervisores clínicos deste estudo, o processo de integração de novos

elementos requer, desde uma fase inicial, a definição de um plano estratégico que integre o modelo de prestação de cuidados associado assim como, as estratégias para a orientação, apoio e treino do ES, aspetos essenciais ao seu desenvolvimento pessoal e profissional, especialmente neste contexto do cuidado ao doente crítico (Simone et al., 2016).

O processo de integração de novos profissionais num contexto de SMI, deve seguir um programa bem estruturado, de acordo com as necessidades individuais demonstradas, recorrendo sempre que possível a diferentes estratégias para a orientação, supervisão, socialização e apoio do ES (Coelho & Adriano, 2021).

Perante as dificuldades associadas ao processo de integração vivenciado pelos enfermeiros supervisores clínicos, este processo foi ainda associado a um período de maior sobrecarga de trabalho. De acordo com os dados recolhidos nas entrevistas, ***“um processo de integração de pares exige muito”***, onde é necessário ***“dedicar tempo (...) e onde muitas vezes é impossível, porque os doentes precisam que lhes seja prestado o cuidado necessário e muitas vezes urgente”***, deixando por isso, ***“de ter tempo para poder explicar com calma determinados conceitos ou procedimentos em tempo útil”*** (ESC1).

Associado ainda a este fator da sobrecarga de trabalho, foi evidente nos discursos analisados, um sentimento de possível falta de reconhecimento face à função desempenhada pelo ESC. É mencionado que ***“poderia ser mais valorizado todo o trabalho associado à integração”*** dado que assistimos ***“cada vez mais pessoas a serem integradas, mas parece que as pessoas também mudam mais vezes ou estão sempre a mudar de serviço”*** (ESC2) aumentando de certa forma a sobrecarga de trabalho relacionada com o constante envolvimento dos profissionais nos referidos processos de integração.

Focando a discussão na questão da sobrecarga de trabalho, e reportando ao contexto específico do SMI, esta encontra-se diretamente relacionada com a qualidade e segurança do cuidado que os profissionais necessitam de dispensar no tratamento às diferentes situações, especialmente neste contexto e, pela necessidade de tempo para o manuseamento de tecnologia diferenciada existente e associada às mais atuais estratégias de tratamento e suporte

(Macedo et al., 2019).

Por outro lado, e concomitante com a sobrecarga de trabalho associada ao desempenho da atividade profissional neste contexto, encontramos igualmente a falta de recursos humanos como os dois aspetos muitas vezes associados ou geradores de sentimentos negativos nos profissionais (Ballester et al., 2016).

Neste sentido, o não reconhecimento da importância e da responsabilidade do ESC pelo processo de integração de novos elementos, com um simples reajuste diário dos rácios em relação aos cuidados (exceto se as necessidades da equipa o sobrepuserem) pode ser um dos fatores possíveis de conflito ou mesmo de desmotivação deste mesmo profissional perante os processos supervisivos (Silvestre, 2012).

Perante a responsabilidade do ESC no desenvolvimento de práticas pedagógicas facilitadoras da aprendizagem e do desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo do ES (Chaves et al., 2017), será fundamental para as organizações a implementação de modelos de SCE que promovam o aumento da satisfação de todos os profissionais, essencialmente através da aquisição e melhoria das suas competências, especialmente enquanto supervisores clínicos, mas em simultâneo, com o potenciar de uma prática que se espera sistematizada e sobretudo valorizável para todos os profissionais (Aparício & Nicholson, 2020).

Apesar dos possíveis modelos instituídos nas organizações, ao nível da responsabilidade e da gestão, será essencial promover a disponibilização de tempo para que o ESC consiga, para além do desenvolvimento das suas competências enquanto supervisor clínico (Fonseca et al., 2016), desenvolver igualmente uma prática supervisiva eficaz de acompanhamento sistemático do ES, sem que isso possa eventualmente ser considerado como uma sobrecarga de trabalho (Aparício & Nicholson, 2020).

Reportando novamente à análise do discurso dos enfermeiros supervisores clínicos, foi salientado nos seus discursos a presença de algumas barreiras durante o processo de integração, tendo sido estas agrupadas pelo investigador em subcategorias nomeadamente, a inexistência de um plano estruturado, falta de *feedback* formal e falta de formação do ESC.

De forma significativa, os enfermeiros supervisores clínicos identificaram como a principal barreira ao processo de integração a inexistência de um plano estruturado. Para estes profissionais **“se existisse um plano, todos seguíamos o mesmo plano e as coisas eram mais fáceis para ambos”** (ESC1), para além do que, **“algo mais concreto”** (ESC2), **“mais palpável, um plano estruturado para referência (...) facilitaria e muito todo este processo”** (ESC3). É assumido de forma consensual a necessidade de existir **“uma base idêntica para todos”** (ESC5), devendo ser posteriormente **“adaptada e reajustada face às circunstâncias pessoais, às experiências anteriores e face ao que vai acontecendo, das experiências e oportunidades ao longo da integração”** (ESC5).

Neste sentido, perante a condicionante de **“não existir uma estrutura definida”** (ESC4), acaba por potenciar que cada **“supervisor desenvolva o processo à sua maneira”** (ESC4), podendo **“criar alguns problemas quando está ausente”** (ESC4) ou mesmo não permitir **“dar continuidade ao processo de integração”** (ESC4), **“de forma mais efetiva e provavelmente mais correta face às características das pessoas que estamos a integrar”** (ESC2).

De acordo com a revisão de Coelho e Adriano (2021), é fundamental o desenvolvimento de programas de integração que sejam centrados na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências do ES, promovendo sobretudo a autonomia e independência para uma prática segura de cuidados ao doente crítico.

Um programa de integração estruturado deverá dar particular destaque à aprendizagem individualizada e de acordo com as necessidades, mas ao mesmo tempo supervisionada, de forma a promover a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem ao doente e à sua família. Para isso, é fundamental que o programa possa incluir um planeamento de estratégias que possam clarificar, desde a fase inicial, o papel e funções do ES no contexto da prática de cuidados ou mesmo possíveis formas de treino, apoio ou de suporte necessários ao longo do processo (Coelho & Adriano, 2021).

Para os mesmos autores, e de acordo com as características de motivação ou dificuldades apresentadas pelo ES ao longo do processo de integração, este

processo supervisoivo não deverá assumir um carácter rígido, deverá ser reajustado ao longo dos tempos criando assim a oportunidade para o correto desenvolvimento pessoal e profissional.

Associado ainda às barreiras ao processo de integração vivenciado, foi perceptível no discurso dos enfermeiros supervisores clínicos, apesar de uma forma menos significativa, que a falta de um *feedback* formal constituiu um ponto considerado perturbador para este processo. Reconhecendo a **“falta de momentos de discussão”** (ESC2), de momentos de paragem ou de possível **“ponto de situação”** (ESC4), será difícil para o ESC **“saber em que é que a pessoa tem dificuldades e os aspetos que ainda tem necessidade de maior investimento, das dúvidas, das possíveis questões”** (ESC2). Caso existisse **“uma avaliação de como está a correr o processo ou mesmo da necessidade de possíveis alterações”** (ESC4), seria possível **“criar maior interação entre os dois elementos”** (ESC2).

Assumindo o ESC o domínio do processo supervisoivo associado ao processo de integração, deve conseguir potenciar o desenvolvimento de um processo caracterizado como dinâmico, interpessoal e formal de suporte, essencial ao acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais do ES (OE, 2018a).

Como demonstrado anteriormente, o processo de integração adaptado aos contextos de trabalho requer o planeamento de estratégias capazes de potenciar o desenvolvimento de competências no ES para o cuidado seguro ao doente. Perante o *feedback* positivo do ESC sobre o trabalho desenvolvido ou das dificuldades expressas pelo ES ao longo do processo de integração, é fundamental a construção partilhada de alternativas que levem à construção da resiliência e a estratégias de *coping*, essenciais à prevenção de *burnout* ou à rotatividade dos profissionais entre diferentes contextos (Flores et al., 2022).

Na perspetiva de Pinheiro e et al. (2014), apenas com o recurso a um processo de exploração reflexiva e abrangente das práticas, realizado de forma bidirecional e com a coresponsabilização do ESC e o ES, será possível o desenvolvimento profissional e contínuo das equipas de enfermagem nos diferentes contextos de trabalho ou nas instituições saúde de uma forma mais

global.

Por fim, apesar de referenciado de forma pouco significativa, a falta de formação constitui igualmente um ponto de interesse para esta discussão dado que, foi apenas reconhecido por um ESC que ***“deveria existir uma preocupação na formação dos enfermeiros para fazer este tipo de integração e de supervisão”*** (ESC3).

De acordo com o estudo apresentado por Chaves e et al. (2017), algumas das limitações associadas ao exercício da SCE nos contextos de trabalho estão relacionadas, por um lado, com a organização institucional e, por outro, com possíveis lacunas no próprio processo de formação dos enfermeiros nas áreas de domínio da SCE.

Reportando aos dados recolhidos nos discursos dos enfermeiros supervisores clínicos, a formação específica em SCE assume uma expressão pouco significativa, traduzindo-se apenas em formações isoladas ou incorporadas em outros momentos formativos do percurso profissional em geral.

Neste sentido, apesar das dificuldades expressas, das necessidades ou lacunas identificadas ou mesmo da falta de disponibilidade para estes processos, são necessárias abordagens inovadoras nos diferentes contextos ou mesmo sensibilização ao nível das organizações de uma forma mais global, para incentivar os profissionais a desenvolverem competências supervisivas capazes de contribuir para a melhoria dos processos formativos e da qualidade dos cuidados (Fonseca et al., 2016).

4.3. Identificação dos modelos ou programas de integração utilizados pelos enfermeiros supervisores clínicos na integração de enfermeiros no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica

Numa fase inicial, e tendo por base os resultados obtidos pela análise inicial dos discursos dos enfermeiros em relação às primeiras questões colocadas nas entrevistas, foi perceptível a caracterização deste período como algo que se assumiu de difícil e exigente, obrigando os profissionais ao desenvolvimento de uma capacidade suplementar em resposta aos desafios vivenciados.

Percebendo que todos os processos de integração decorreram de forma muito particular, com características próprias face ao ES e ESC presentes, aliado ainda com a pressão externa para que a sua realização fosse em tempo muito limitado dado às condicionantes do contexto, houve uma tentativa por parte do investigador em perceber, de forma muito concreta, que modelos ou referências eram utilizadas pelo ESC para a gestão de todo o processo, que estratégias utilizavam para potenciar a aprendizagem e a aquisição de competências do ES ou mesmo que possíveis sugestões poderiam ser introduzidas para melhorar o processo de integração de novos elementos neste contexto em particular.

Analisando o domínio do programa de integração vivenciado na perspetiva do ESC, foi novamente perceptível no discurso dos profissionais envolvidos, aspetos bastante significativos associados ao planeamento do processo, tendo este sido efetuado de forma aleatória ou por outro lado centrado sobretudo no papel do ESC na transmissão única do conhecimento.

De acordo com a subcategoria aleatoriedade do planeamento, foi expresso pelos enfermeiros supervisionados que nunca foi utilizado **“nada por escrito, uma estrutura”** (ESC4), **“um roteiro específico que orientasse”** (ESC5), **“foi uma coisa sempre falada e que foi correndo bem”** (ESC4). De uma forma muito pessoal para alguns enfermeiros supervisores clínicos, referem não ter definido **“etapas propriamente de uma forma isolada”** (ESC1), seguem **“as oportunidades que o serviço dá e não tanto como se a pessoa já tem competências para isso ou não”** (ESC2).

Por outro lado, torna-se ainda perceptível no discurso analisado o centrar de todo o processo essencialmente na pessoa do ESC. Foi evidente o desenvolvimento de processos cuja **“responsabilidade e critério”** (ESC3) foi decidido exclusivamente pelo ESC, dependente em parte da **“empatia”** (ESC2) do ESC para com o ES, e por outro de acordo com **“o mesmo plano, do mais simples para o mais complexo”** (ESC2) mesmo sabendo que **“funciona com uns e não funciona com outros”** (ESC2). Centrado ainda no papel do ESC, foi evidente que alguns profissionais recorreram às suas **“experiências anteriores com a integração de muitas pessoas neste contexto com o passar dos anos”** (ESC3), ou mesmo à experiência em relação à sua **“própria integração”**

(ESC5) neste ou outros contextos de trabalho.

De forma menos significativa, foi perceptível que em determinados momentos o planeamento do processo superviso teve em consideração o ES e a forma como era identificado a **“falta de conhecimento, falhas (...) e em “que era preciso colmatar (ESC5), assim como dentro daquilo que o ESC “achava prioritário” (ESC5). Este aspeto assumiu-se ainda como relevante quando o ES já “tinha experiência de intensivos, embora fosse de adultos (...) apesar de muito diferente, havia determinadas bases que tinha (...) e que nesse sentido facilitou o processo (...) tentando perceber as dificuldades e dedicar mais tempo em relação a isso (...), aspetos que não tinha tanto à vontade ou mesmo dificuldades” (ESC4).**

A indefinição e aleatoriedade que caracterizou todo o planeamento do processo de integração foi um dos aspetos igualmente percecionado e mencionado no discurso dos enfermeiros supervisionados. Tornou-se perceptível do discurso da maioria dos enfermeiros supervisionados um certo desconforto pela forma como foi sendo planeado todo o processo, e pela forma como **“as coisas iam acontecendo à medida que os doentes iam entrando na unidade (...) à medida que surgiam as necessidades de cuidados de enfermagem” (ES1), acabando por ser “um bocadinho no aleatório e da responsabilidade da integradora” (ES1) ou resultante da “experiência do supervisor” (ES2). O facto de não “serem definidas etapas iniciais” (ES2), “etapas delineadas ao longo do processo” (ES1), o único objetivo assumiu-se como “o de ter uma integração rápida (...) sair do colinho” (ES2), o que rapidamente se traduziu na “alocação repentina dos elementos no horário” (ES4), e em que “nada foi falado pessoalmente e simplesmente apareceu no horário” (ES3).**

De uma forma geral, os programas de integração ou de transição para a prática, consistem numa variedade de modelos que incluem: precetoria ou orientação, duração (tempo como supranumerário), desenvolvimento de aprendizagens e habilidades e avaliações de desempenho (Graf et al., 2020).

Contrariamente ao analisado neste estudo, tem sido amplamente demonstrado que, o processo de integração neste contexto do SMI deve focalizar, muito para além daquilo que é a simples transmissão de conhecimentos do ESC para com

o ES. Deve reunir os pressupostos necessários ao planeamento do desenvolvimento de conhecimentos, competências e sobretudo da obtenção do bom desempenho do ES no cuidado ao doente crítico, potenciando aquilo que possa ser considerado ainda como o aumento da sua confiança (Coelho & Adriano, 2021).

Segundo os mesmos autores, o programa de integração deve assumir desde uma fase precoce uma estrutura bem definida, identificando de forma clara os objetivos para a aprendizagem individualizada, acompanhada e supervisionada, promovendo sobretudo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao doente e família.

Analisando a perspetiva dos sentimentos de confiança e de satisfação dos profissionais perante os programas de integração nos contextos de trabalho, a revisão apresentada por Innes e Calleja (2018) salienta, de forma significativa, a interferência de um programa de orientação de enfermeiros supervisionados na satisfação e desempenho dos profissionais, especialmente em ambientes como o do SMI. Para estes autores, a implementação de um programa estruturado e com a definição correta de funções de suporte, promove de uma forma eficaz a aquisição de conhecimentos e capacidades, resultando posteriormente no desenvolvimento de competências, confiança e sobretudo maior satisfação no desempenho das suas funções nos contextos de trabalho.

Um determinado programa de integração ou igualmente designado de guia de orientação, deverá fornecer um processo padrão que exponha com clareza o planeamento e perspetivas de orientação, a descrição da progressão esperada, dos métodos de aprendizagem, assim como uma linha temporal durante a qual se espera a sua realização (Simone et al., 2016). Muito para além de todos os conceitos teóricos expostos, o planeamento de um programa de integração deve permitir ao ESC, o recurso a diferentes estratégias teóricas e práticas que permitam colmatar as lacunas de conhecimento ou a escassa experiência do ES, permitindo que este consiga alcançar as competências necessárias para a resposta às situações complexas (Padilla et al., 2019; Rossler et al., 2020).

Implícito no domínio do programa de integração de enfermeiros nos contextos de trabalho, e pela análise dos discursos das entrevistas, foram associadas pelo

investigador duas categorias que geram junto dos profissionais um significativo desconforto, a duração do período de integração e a avaliação do processo de integração.

Relativamente à duração do período de integração, e de acordo com a perceção dos enfermeiros supervisionados, o tempo atribuído a este período é considerado sempre **“pouco”** (ES1) dado assumirem que perante **“um serviço intenso”** (ES2) **“nunca nos sentimos integrados a 100%”** (ES1), **“mas claro depende de cada pessoa”** (ES2).

No entanto, influenciado este aspeto pelos determinantes organizacionais associados ao contexto de trabalho, nomeadamente da gestão eficaz dos recursos humanos, assume-se como um *timing* definido **“pela chefia e organização”** (ESC3) sem que possa existir alguma interferência o ESC. Neste sentido, a pressão colocada sobre os programas instituídos, leva à falta de **“tempo muitas vezes para explicar ou é explicado num clima de muito stress e muita confusão”** (ESC2). Na opinião do ESC **“deveria existir a flexibilidade em ajustar-se tempos dado que muitas vezes as pessoas têm necessidades diferentes, tem de ser uma decisão equilibrada entre a necessidade do serviço, a pessoa e a perceção que vamos tendo no decorrer do processo”** (ESC5).

Refletindo neste aspeto temporal de duração do processo de integração e, de acordo com a referência aos contextos de maior complexidade como o caso do SMI, a literatura apresenta diferentes intervalos de tempo, no entanto, salientam que este deverá assumir um perfil variável introduzindo para isso outros aspetos relevantes como a forma e o conteúdo do mesmo processo, centralizando a atenção em outros objetivos primordiais para o ES como a aprendizagem e o desenvolvimento de competências (Coelho & Adriano, 2021).

De acordo com a revisão apresentada por Innes e Calleja (2018), o programa de integração deve durar, de uma forma geral seis semanas sob a supervisão do ESC, embora considerem que, em contextos de maior complexidade como o SMI, este período pode ser alargado para 12 semanas permitindo assim incorporar o tempo de orientação e suporte. Para os mesmos autores, considerar um período de integração mais alargado especialmente no contexto do doente

crítico, potencia a maior satisfação e o desempenho do ES. No entanto, para a aquisição de conhecimentos específicos e desenvolvimento de competências em ambientes de cuidados intensivos, os autores defendem que é imperativo desenvolver programas de orientação estruturados e mais prolongados de forma capacitar os enfermeiros supervisionados.

Simone e et al. (2016), no estudo apresentado reforçam igualmente que, para além da questão de timing, existem outras questões importantes associadas ao aspeto da duração dos programas, nomeadamente as expetativas de competências e as necessidades de conhecimento individual do ES.

Neste sentido, e de acordo com as características pessoais do ES, a motivação ou as dificuldades eventualmente apresentadas, este processo supervisoivo poderá e deverá ser reajustado ao longo do tempo (Coelho & Adriano, 2021).

Contudo, mesmo apesar da implementação de programas estruturados e baseado nas necessidades individuais, e de acordo com o estudo de Serafin e et al. (2021), os enfermeiros supervisionados podem não estar preparados para exercer funções de forma autónoma após esse período, podendo nessa fase serem implementadas outras estratégias para o suporte e apoio do profissional em integração.

Relativamente ao processo de avaliação do processo de integração, e perante a análise do discurso analisado, os enfermeiros supervisionados consideram este aspeto de particular interesse, no entanto, assume-se **“sempre como algo que pode causar algum constrangimento e muitos não gostam de serem postos em causa”** (ESC1).

Sendo novamente um dos aspetos muito pouco definido no contexto do SMIP, especialmente associado aos processos de integração, a avaliação que é realizada pelo ESC sobre o processo de integração do ES **“segue os critérios definidos por cada um, podendo estar corretos ou não”** (ESC3) dado que não existe **“nada em concreto que esteja definido para essa mesma avaliação”** (ESC3), **“a avaliação da prática depende única e simplesmente da minha perspetiva, considerando mesmo estrutural e fundamental para o processo de integração”** (ESC3).

Contudo, e de uma forma significativa, os enfermeiros supervisores clínicos reconhecem a necessidade de existirem processos avaliativos, muitas vezes de cariz informal no decurso do processo de integração, reconhecendo ainda aquilo que é a necessidade de tentar **“perceber para conseguir corrigir e mesmo para perceber se já está autónomo ou não”** (ESC1), no seu desempenho perante as diferentes situações vivenciadas.

Analisando a componente avaliativa associada aos processos de integração nos contextos de trabalho, devemos considerar o seu dimensionamento em diferentes fases no próprio processo.

De acordo com alguns estudos na área concreta do doente crítico, a avaliação realizada no final do processo de integração é fundamental para identificar áreas de possível melhoria tanto ao nível do conhecimento como da aquisição de competências no SMI (Padilla et al., 2019; Serafin et al., 2021). No entanto, condicionar todo o processo superviso apenas com a avaliação no final do processo de integração não será certamente uma solução positiva.

Por outro lado, e de acordo com o estudo apresentado por Simone e et al. (2016), o ESC deve poder reunir semanalmente com o ES de forma a poder avaliar o progresso superviso, adaptando ou introduzindo novas estratégias de aprendizagem conforme considere necessário face à avaliação ou identificação de necessidades.

No decorrer do processo superviso, o ESC pode recorrer a determinadas estratégias que potenciam um processo intrínseco de avaliação ou mesmo de autoavaliação do ES.

A prática reflexiva contínua, apesar de uma estratégia supervisa, pode assumir de forma continua um sentido autocrítico e positivo, transmitir uma visão aprofundada e distinta das experiências vivenciadas, possibilitar uma autoavaliação, prever acontecimentos, reconhecer o distanciamento em relação ao que não é desejável e sobretudo, potenciar um desenvolvimento profissional consistente (Ribeiro, 2012).

No mesmo sentido, a promoção de uma reflexão conjunta entre o ESC e o ES no decurso do processo superviso, pode potenciar de forma mais eficaz a

identificação de oportunidades de aprendizagem, a promoção de competências contínuas e a identificação de objetivos essenciais ao desenvolvimento pessoal e profissional (Serrano et al., 2011). Sem a reflexão sobre a prática diária, não é possível a identificação de falhas ou de possíveis soluções para conseguir corrigi-las (Teixeira et al., 2021) e sobretudo, para implementar estratégias resolúveis num espaço temporal considerado adequado.

Reportando ainda aos modelos ou programas de integração instituídos no contexto do SMIP, foi associado pelo investigador um outro domínio para análise, a relação supervisiva entre o ESC e o ES. Perante os discursos analisados, foi perceptível pelos dados recolhidos nas entrevistas, a importância atribuída pelos enfermeiros às características associadas ao ESC, as características associadas ao ES assim como a algumas estratégias supervisivas utilizadas no decurso do processo supervisivo.

Relativamente às características associadas ao ESC, para os enfermeiros supervisionados, as características enumeradas de forma mais significativa foram a competência e a disponibilidade. Em relação ao grupo dos enfermeiros supervisores clínicos, foram mais valorizadas as características associadas ao interesse e à empatia. Em ambos os grupos, foi ainda perceptível características com menos expressão nomeadamente a comunicação e a relação.

De acordo com os discursos dos enfermeiros supervisionados expostos, foi valorizado sobretudo o profissional que detenha **“mais experiência e conhecimento”** (ES4), que consiga promover **“a definição de prioridades e saiba gerir o stress associado”** (ES1), mas em simultâneo que tenha a **“capacidade de transmitir esse conhecimento da melhor forma”** (ES5). Por outro lado, deve conseguir **“priorizar um bocadinho a pessoa que está sendo integrada e muitas vezes isso não aconteceu (...) talvez por falta de disponibilidade (...) ou podendo mesmo ser um pouco o padrão da unidade”** (ES1).

Contrapondo com os discursos dos enfermeiros supervisores clínicos, foi valorizado sobretudo o interesse e vontade em integrar este tipo de processos, reconhecendo que **“a pessoa que está a integrar deve ter a preocupação de integrar bem”** (ESC2) e deve ter também **“vontade de o fazer”** (ESC2),

assumindo que é necessário **“ter a capacidade e sentir que é boa altura para intervir num processo de integração”** (ESC4). No mesmo sentido, foi perceptível a necessidade de ser desenvolvida **“uma boa relação empática com a pessoa a ser integrada”** (ESC3), de **“serem simpáticos e a receber bem”** (ESC1).

Segundo Pollock et al. (2017), e de acordo com a revisão sistemática apresentada, o ESC deve reunir algumas características importantes nomeadamente a formação especializada, as competências em comunicação, a disponibilidade, o interesse e compromisso para com a atividade supervisiva, a empatia, a versatilidade perante o processo supervisivo, o dinamismo e respeito perante a equipa multidisciplinar, a valorização das iniciativas e opiniões e sobretudo, o enfoque na reflexão intrapessoal e interpessoal sobre questões dos contextos de trabalho, potenciando assim um ambiente seguro com o apoio e confiança perante os desafios associados.

Perante as características e competências elencadas ao ESC, este profissional assume um papel preponderante na melhoria contínua da qualidade da formação do ES, desempenhando um papel de catalisador para a mudança e desenvolvimento da relação supervisiva (Figueira, 2016).

Neste sentido, o ESC assume-se como o profissional responsável pelo processo de supervisão, devendo ser reconhecido pelos seus pares como detentor de um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, domínio da disciplina, da profissão, com efetiva competência e que, de uma forma consistente, o consegue demonstrar no seu exercício profissional (Carvalho et al., 2019).

Em relação ao ES, foi igualmente possível traçar um perfil de características importantes face aos dados recolhidos junto dos dois grupos de enfermeiros presentes no estudo.

De acordo com os dados recolhidos no discurso dos enfermeiros supervisores clínicos, foram valorizadas de forma significativa, características associadas à disponibilidade para aprender, ao interesse e à responsabilidade. De uma forma menos significativa foi referida ainda a motivação.

Para o ESC é importante o ES esteja **“disponível para aprender e para ser**

integrado” (ESC1), ***“acessível para aprender”*** (ESC5), ***“querer aprender”*** (ESC4) e ***“aceitar a crítica”*** (ESC3) quando necessário. Associado à disponibilidade, tem de existir ***“interesse e vontade”***, ***“vontade em questionar sempre que têm dúvidas (...), vontade de aprender”*** (ESC2) e ***“interesse pelo próprio contexto”*** (ESC3) e por ***“todo este processo”*** (ESC5). De forma significativa a responsabilidade do ES assumiu alguma relevância para o ESC dado que este considera que o ES ***“deve assumir a responsabilidade enquanto profissional”*** (ESC1), ***“ter o sentido da responsabilidade”*** (ESC4) e ser igualmente ***“responsável no seu processo de integração”*** (ESC3).

Tentando estabelecer uma comparação em relação à perceção sobre as características que o ES deve apresentar perante o contexto do SMIP, foi valorizado de uma forma significativa as características associada ao interesse, tendo sido ainda perceptível, apesar de forma menos expressiva, outras características como a disponibilidade para aprender e a responsabilidade.

Para os enfermeiros supervisionados é fundamental que este profissional demonstre nos contextos de trabalho, ***“interesse para aprender (...), interesse em querer saber mais”*** (ES5), como forma de ***“conseguir evoluir em todo o processo”*** (ES4).

Para que o processo de integração se desenvolva de forma eficaz e possa ser potenciada a aprendizagem do ES pela experiência vivenciada, é necessário que exista uma intencionalidade dos profissionais em todas as suas ações e interações (Serrano et al., 2011). Esta reciprocidade de intenção nas diferentes interações com o ESC e com a restante equipa, permite ao ES o desenvolvimento sólido e dinâmico do processo de aprendizagem, assumindo-se ainda como estimulante na procura do novo conhecimento e na melhoria contínua.

Os profissionais recentemente admitidos nos contextos de trabalho iniciam, durante o seu processo de integração, uma nova fase na construção pessoal e profissional, podendo experimentar sentimentos contraditórios, muitas vezes de conflito em relação ao desejo pessoal e profissional, às relações interpessoais e profissionais, à aceitação dos limites pessoais e limites impostos, à crítica e ao reconhecimento, à aceitação das suas capacidades perante o contexto, e

mesmo ao reconhecimento de sentimentos de frustração ou de impotência (Albuquerque, 2021).

Desde a sua admissão, é importante que ES esteja efetivamente envolvido, com interesse e disponibilidade para aquilo que é a prática clínica do contexto, mas ao mesmo tempo, que seja integrado num sistema de melhoria contínua da prática de cuidados, de acompanhamento e de suporte, potenciando o próprio desenvolvimento profissional e pessoal através da eficaz mobilização de conhecimento e aquisição de competências (Ramos, 2023).

Como foi sendo demonstrado ao longo desta análise e discussão, o programa de integração ideal é aquele que integra as competências específicas da função com as necessidades de aprendizagem individual do ES. Nesse sentido, o ESC deve desenvolver ou recorrer a estratégias de ensino personalizadas e direcionadas às necessidades identificadas, seguindo um plano de orientação específico para o contexto, neste caso em específico o SMIP, potenciando um nível crescente de autonomia ao longo do tempo (Coelho & Adriano, 2021).

Centrando a análise nas estratégias supervisivas desenvolvidas no decurso do processo de integração vivenciado, foi explícito no discurso dos enfermeiros supervisionados, a utilização de forma mais significativa de estratégias pelo ESC como o *feedback* e a demonstração em detrimento de outras como a observação, a experimentação ou a reflexão.

Para os enfermeiros supervisionados foi importante no decorrer do processo de integração o **“feedback construtivo”** (ES4) prestado pelo ESC como forma de **“melhorar e colmatar as dificuldades”** (ES5). Relativamente à demonstração, esta estratégia foi muitas vezes aplicada pelo ESC no **“demonstrar de tarefas”** (ES1 e ES2) associado essencialmente a determinados equipamentos presentes no contexto.

Analisando perspetiva do ESC para a utilização das estratégias supervisivas, foi possível associar a utilização, de forma significativa, de estratégias como o *feedback*, o apoio, a demonstração, o suporte e a reflexão. De acordo com os discursos analisados, o *feedback* e o apoio assumem-se como as estratégias principais para o processo de integração de novos profissionais no contexto específico do SMIP. Em relação ao *feedback*, este assumiu particular interesse

para uma reflexão partilhada entre o ESC e o ES sobre **“o que podia ser melhorado (...) assim como auscultar as dificuldades”** (ESC1). Relativamente ao apoio, este foi importante dado que o ES deve ser **“integrado e acolhido pela equipa”** (ESC4).

De acordo com a literatura disponível, há uma constante necessidade de implementação de programas relativos às melhores práticas, centradas especialmente na identificação de estratégias de ensino para novos enfermeiros (Rossler et al., 2020). De entre as muitas estratégias descritas, podem ser mencionadas as estratégias que surgem associadas de forma consistente aos processos de integração de novos elementos nomeadamente, o apoio, a demonstração, a observação, o *feedback*, a auto supervisão, a formação contínua e a análise crítico-reflexiva (Pinto et al., 2017).

Associado aos contextos de maior complexidade como o SMIP, o recurso à simulação e ao treino simulado, podem e devem ser consideradas como estratégias potenciadoras da aprendizagem dado serem, em primeiro lugar situações reais simuladas e por outro lado, quando acompanhadas de um *debriefing* estruturado e *feedback* construtivo, potenciadoras da experiência, da segurança e da facilidade para a tomada de decisão autónoma dos profissionais (Linn et al., 2019).

No processo de integração em contexto de SMI, recorrer ao treino baseado em simulação é uma estratégia potenciadora da autorreflexão, do pensamento crítico, da priorização, do planeamento, da tomada de decisão, da resolução de problemas e da avaliação. A utilização deste tipo de estratégias, oferece ao ES a oportunidade para a aplicação dos conhecimentos teóricos e a experiência prática adquirida de forma prévia, melhora as competências nas áreas da comunicação, o trabalho de equipa, a gestão do *stress* e a liderança (Innes & Calleja, 2018).

Perante a estratégia de instituir um programa de integração de novos profissionais nos contextos de trabalho, o objetivo deve ser o de garantir que a integração consiga potenciar o desenvolvimento pessoal e profissional, exigindo nesse sentido o planeamento de estratégias que esclareçam o papel do enfermeiro no novo contexto, o treino, o apoio e o suporte durante o período de

transição para uma prática autónoma (Coelho & Adriano, 2021)

4.4. Fatores facilitadores e barreiras na transição para a autonomia durante o processo de integração no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica

Após o período de integração, o ES passará a desempenhar a sua atividade como profissional autónomo, centrando a sua atuação na assistência e no cuidado de uma forma global, assumindo total responsabilidade pelas decisões ou avaliações das suas intervenções (Glória, 2022).

Neste sentido, para a compreensão de todo o processo associado ao percurso vivenciado pelo ES foi importante tentar compreender a forma como este profissional desenvolveu estratégias para ultrapassar um momento considerado de transição, apesar de continuar inserido em equipa, para uma prática autónoma.

Decorrente dos discursos dos enfermeiros supervisionados, e focalizando a análise apenas no período final do processo de integração, perante o domínio da transição para a autonomia na prestação de cuidados, foi possível categorizar a perceção do supervisionado sobre este período como **“difícil”** (ES1). Para o ES foi uma **“passagem difícil”** (ES5) em que de forma brusca quase assistiram à passagem **“de um momento em que tens sempre alguém a supervisionar o teu cuidado e de repente basicamente já não tens”** (ES5).

Associado a este período, foram percecionados pelo ES um conjunto de fatores interpretados como barreiras, que potenciaram um determinado impacto emocional neste mesmo profissional ou, por outro lado, o desenvolvimento de estratégias facilitadoras para o momento de transição.

Relativamente às barreiras no momento de transição para a autonomia, o discurso expresso pelos enfermeiros supervisionados salienta de forma significativa aspetos associados pelo investigador à falta de comunicação e falta de apoio. Para o ES, no momento de transição **“não houve muito a consideração sobre o facto de eu estar preparada ou de me sentir preparada para ingressar um cuidado autónomo”** (ES1) por parte da chefia. Foi um período igualmente associado à perda em parte do apoio que existia dado que **“estás integrada e hoje é cada um por si, vou tratar dos meus doentes e tu tratas dos teus”**

(ES3). Foi certamente um momento em que o trabalho e apoio da equipa **“não existiu nesse primeiro turno (...) senti-me sem qualquer apoio nem da parte dos colegas nem mesmo por parte da chefia”** (ES3).

O momento da transição para a autonomia da prestação de cuidados constituiu assim um período em que os enfermeiros supervisionados classificaram como de **“bastante difícil”**, com um significativo impacto emocional, destacando-se no discurso dos profissionais outros dados associados a sentimentos negativos como a insegurança e ansiedade.

Para o ES a ansiedade surgiu **“por estar responsável por crianças”** (ES2) e **“porque percebi que nem sequer atingi o objetivo principal no tempo estipulado de integração”** (ES3).

Relativamente ao sentimento de insegurança, foi demonstrado **“no momento em que me dizem que tenho um doente atribuído e alguma coisa que fosse necessário era só chamar”** (ES1), quando **“deparei-me com duvidas em certas situações, em certos dispositivos que ainda não tinha percebido muito bem como se montava (...) não tinha tido tanta oportunidade de perceber como funcionava”** (ES3) ou mesmo na forma como **“agora tenho de resolver as coisas sozinha (...), sentia-me mais insegura”** (ES5).

Contudo, foi igualmente perceptível nos seus discursos que os enfermeiros supervisionados desenvolveram estratégias facilitadoras como forma de ultrapassar aquele que teria sido um impacto menos positivo nesta fase de transição para a autonomia da prestação de cuidados.

Apesar de ter sido considerado por alguns enfermeiros supervisionados, numa fase inicial, como uma barreira ao processo de transição, o apoio da equipa assumiu de forma significativa, numa fase posterior, uma estratégia válida para ultrapassar o novo desafio. Foi importante **“contar um bocadinho com o trabalho em equipa (...), a equipa ajudou muito”** (ES1), especialmente **“em certo tipo de doentes tive de pedir apoio a muitos colegas da minha equipa para conseguir ultrapassar a insegurança”** (ES3), **“é um esforço de equipa e esta deve estar envolvida”** (ES5).

Associado ao apoio da equipa, para o ES foi importante, apesar de com menor

expressão nos discursos analisados, a determinação individual como estratégia para conseguir ultrapassar determinados momentos, especialmente quando ***“tinha a certeza do que tinha para fazer e nunca fazia algo que não tinha a certeza se seria o correto”*** (ES1), ou mesmo quando ***“acho que partiu muito de mim aproveitar as oportunidades que iam surgindo, de montar dispositivos ou fazer um procedimento que nunca tinha feito, continuei sempre a estudar sempre que apareciam situações novas no serviço que eu não tinha a noção”*** (ES3).

O conhecimento profundo dos vários elementos, quer sejam eles limitadores ou mesmo facilitadores do processo de transição para a autonomia na prestação de cuidados, devem ser cuidadosamente identificados independentemente se associados ao ES, ao ESC ou mesmo ao gestor do contexto.

Perante determinados desafios associados aos processos supervisivos, o exercício da SC é determinante para assegurar um suporte efetivo e integral não apenas ao nível da relação supervisiva, como na forma como pode ser garantindo a qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais dos enfermeiros (OE, 2018a).

Face às exigências do contexto do SMIP, a presença de um ambiente globalmente positivo e a existência de uma cultura de apoio, disponibilidade e aceitação, proporciona certamente um ambiente estimulante para o ES, potenciando confiança e promovendo a sua autonomia para a prestação de cuidados de forma segura e com qualidade. Neste sentido, a implementação de um programa de integração que promova esta prática de socialização em equipa, influencia o desenvolvimento de competências dos novos enfermeiros, sentindo-se estes mais apoiados, menos inseguros nos momentos em que possam surgir questões ou dúvidas (Coelho & Adriano, 2021).

Este relacionamento não pode ser bem-sucedido sem o desenvolvimento de uma comunicação eficaz, que envolva um diálogo contínuo, partilha de conhecimento e um feedback construtivo. O relacionamento baseado na colaboração, cooperação, confiança, respeito mútuo e comunicação assume-se com fulcral para atingir um objetivo comum, a eficácia do trabalho de equipa (Simone et al., 2016).

Innes e Calleja (2018) no estudo apresentado, reforçam a importância de ser realizada uma avaliação previamente ao início da prestação de cuidados de forma autónoma, nomeadamente ao nível de conhecimento e competências como forma de identificação de possíveis lacunas ao processo formativo. Segundo os mesmos autores, incorporar uma lista de verificação no programa de integração pode possibilitar a melhor aquisição de competências, determinando assim, de uma forma objetiva, as áreas em que o ES necessita desenvolver ou de atribuir maior atenção.

Neste sentido, durante o processo de integração em contextos como o SMIP, os enfermeiros adquirem um conjunto de conhecimentos e competências específicas, fundamentais para uma identidade sólida profissional, capaz de prestar cuidados de qualidade e segurança ao doente crítico (Wright et al., 2020).

Adquirir sentimentos de pertença e desenvolver uma identidade como membro de uma equipa dentro de um contexto, ou mesmo de uma instituição, permite uma transição eficaz para a fase de autonomia na prestação de cuidados (Rossler et al., 2020).

4.5. Impacto do processo de integração para a qualidade e segurança dos cuidados prestados após o período de integração no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica

Fundamentado pela intenção da implementação de um modelo de SC aplicado aos programas de integração dos novos profissionais no contexto do SMIP, será preponderante que os enfermeiros desenvolvam competências no decurso do processo supervisivo que permitam um exercício profissional de excelência, com a qualidade e segurança que são exigidas à profissão e, de acordo com as áreas de intervenção identificadas e associadas ao contexto.

Tendo o investigador considerado o processo de integração dos novos profissionais neste contexto um indicador sensível à prática de cuidados e, com potencial de interferência com aquilo que se relaciona com a segurança e qualidade dos cuidados prestados pelo ES, o conhecimento da perceção dos enfermeiros sobre estes aspetos assumiu-se como um dos objetivos para este estudo de investigação.

Reportando a análise para a perceção dos enfermeiros supervisores clínicos, foi perceptível no discurso uma preocupação com os aspetos relacionados com a segurança na medida em que, **“se a pessoa não adquiriu determinados conhecimentos, pode colocar em risco a segurança do doente”** (ESC2), especialmente quando **“a carga de trabalho será mais elevada e quando não conseguir tempo para o apoiar nas possíveis dificuldades”** (ESC 2). Perante as necessidades e a falta de resposta do ES **“o risco de até haver um erro grave será certamente maior quando os colegas tiveram problemas na integração”** (ESC2).

Relativamente à possível problemática da qualidade dos cuidados associada ao processo de integração, os enfermeiros supervisores clínicos salientam que o ES **“tem de sentir que a sua intervenção foi de encontro com a qualidade que é esperada para este contexto”** (ESC1) no entanto, manifestam desconforto pelo facto de acontecerem situações em que o ES **“além de prestar cuidados sem qualidade (...) prestam cuidados mínimos sem qualquer outra preocupação”** (ESC2).

Associado às questões anteriores, para o ESC **“o processo de integração tem um impacto enorme no futuro do profissional”** (ESC3), podendo mesmo **“determinar até a forma como vai encarar o futuro e a sua própria autonomia”** (ESC3) para a prestação de cuidados.

Destacando a análise para a perspetiva dos enfermeiros supervisionados sobre os aspetos da segurança e qualidade, é salientado igualmente a preocupação destes profissionais perante esta problemática. Para o ES **“quando se passa para um processo mais autónomo, não é a base apenas o exigido, é um bocadinho a segurança no que se está a fazer que está mais em causa”** (ES1). Devemos conseguir **“prestar cuidados com outra segurança, sem receios de estar a fazer algo de muito errado”** (ES2) devendo reconhecer por outro lado, que em determinados momentos sentimos não **“ter prestado um bom trabalho”** (ES3).

Perspetivando igualmente um possível impacto no desenvolvimento profissional e pessoal através da análise dos discursos dos enfermeiros supervisionados, foi perceptível a preocupação pelo desenvolvimento pessoal e profissional de cada

profissional, reconhecendo que mesmo **“passado quase um ano ainda não me sinto completamente à vontade, não me sinto totalmente confiante de mim, temos de trabalhar em nós (...) um trabalho individual”** (ES2) em que **“cada pessoa tem o seu tempo”** (ES3).

O processo de integração é particularmente importante e demorado, tanto numa primeira experiência de trabalho, como numa mudança de serviço dentro da mesma instituição ou envolvendo outra instituição. Este processo só deveria terminar quando o novo elemento é capaz de, por um lado, refletir criticamente sobre o trabalho e, por outro, consegue contribuir com iniciativas sobre o mesmo (Pires et al., 2021), especialmente em questões importantes como a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Uma integração adequada é assim crucial para o sucesso e adaptação do ES, garantindo a qualidade e segurança do cuidado prestado (Flores et al., 2022). Especialmente em contextos de especial complexidade, o cuidado prestado pelo ES pode interferir, de forma significativa, com o *outcome* positivo do doente crítico (Rossler et al., 2020).

Para Coelho e Adriano (2021), é fundamental desenvolver programas que potenciem a educação de uma forma contínua, essencial para poder alcançar a excelência e permitir aos enfermeiros o incrementar do conhecimento e desenvolvimento do pensamento crítico, condições essenciais para o cuidar com segurança e obtenção dos melhores resultados.

5. CONCLUSÃO

Confrontados atualmente com permanentes mudanças sociais, profissionais e institucionais, as organizações e os contextos de trabalho de uma forma particular, enfrentam exigências acrescidas para assegurar a prestação de cuidados, especialmente no que se refere à gestão dos seus recursos humanos.

Decorrente destas exigências, o processo de integração assume-se como um fator determinante para o sucesso da adaptação do profissional, não apenas pela correta perceção das normas, valores e objetivos estabelecidos pela organização, como pelo adequado desenvolvimento pessoal e profissional exigido para a prestação de cuidados de qualidade e segurança associados ao contexto onde foi admitido.

Perante as dificuldades implícitas aos contextos de trabalho, especialmente aqueles que reúnem especial complexidade para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, no caso Serviços de Medicina Intensiva Pediátrica, o processo de integração deve evidenciar uma organização e estrutura adequadas, assumindo-se como um facilitador perante as exigências e as necessidades formativas dos novos profissionais.

Reportando para a evidência atual, a SC tem assumido um determinante importante nos processos associados ao desenvolvimento profissional e apoio em diferentes domínios da prática de enfermagem. Destacando a especial relevância na capacidade para a promoção de processos supervisivos sustentados e estruturados, facilitadores na aquisição de competências e no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, a SCE constitui uma ferramenta pedagógica e formativa, adaptável aos diferentes contextos de trabalho pela forma como potencia a reflexão profunda das práticas, incrementa o desenvolvimento profissional e a melhoria contínua.

Neste enquadramento, e assumindo a importância da SCE nos processos intrinsecamente associados à prática de cuidados e ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros, emerge a necessidade de conseguir incorporar a SCE como uma parte estruturante dos processos supervisivos associado à integração dos novos profissionais nos contextos de trabalho.

Ao longo desta investigação, decorrente das entrevistas realizadas a um grupo de enfermeiros inseridos no contexto de um SMIP, emergiram conhecimentos e reflexões que procuraram dar resposta às questões e objetivos inicialmente definidos, permitindo assim compreender melhor os desafios, expectativas e necessidades vivenciadas por esses profissionais no decurso do processo de integração em que estiveram envolvidos como supervisados ou supervisores clínicos.

Reportando para a perceção inicial dos enfermeiros supervisados, o processo de integração no contexto em estudo assumiu-se como um processo difícil e de especial exigência, não apenas pela diferenciação ou nível tecnológico associado, como pela inerente responsabilidade na prestação de cuidados a um doente crítico pediátrico e respetiva família.

Comparativamente com o demonstrado pela evidência, o processo de integração evidenciou nos enfermeiros supervisados, de uma forma global, um impacto emocional caracterizado por sentimentos como desmotivação, desorientação, insegurança, *stress*, nervosismo ou ansiedade, relacionado sobretudo com as exigências associadas à prática de cuidados e à falta de oportunidades no contexto no período vivenciado, à organização do contexto, à ausência de um plano estruturado e um planeamento adequado de etapas ou objetivos, à falta de comunicação e envolvimento do enfermeiro gestor ou mesmo à falta de experiência em contexto do doente crítico ou mesmo pediátrico.

Perante as exigências associadas ao desafio do processo de integração e o impacto emocional vivenciado de forma pouco positiva, a adoção individual de estratégias facilitadoras, nomeadamente a autoformação, a reflexão individual e a formação externa, assumiram particular interesse, demonstrando o ES uma postura proactiva, de empenho e envolvimento na construção do conhecimento e desenvolvimento do processo de integração.

Por outro lado, evidenciado ainda nas experiências vivenciadas pelos enfermeiros supervisados, existiram fatores extrínsecos que desempenharam o papel preponderante de facilitadores no processo de integração dos quais se destacaram, a experiência do supervisor, a relação supervisiva, o acolhimento da equipa e, no caso especial de um ES, a experiência anterior por um período

curto com adultos num Serviço de Medicina Intensiva.

Por fim, relacionado com a perceção dos enfermeiros supervisionados sobre o processo de integração vivenciado, foi evidente um desconforto associado à duração total do período de integração.

Contrariamente ao evidenciado pela literatura, o processo de integração desenvolvido foi inicialmente determinado por decisão apenas do enfermeiro gestor para uma duração de três meses, o qual acabou por não ser cumprido de forma integral para todos os enfermeiros supervisionados envolvidos, justificando tal decisão pela necessidade emergente de recursos humanos.

Remetendo o processo de integração para um período de adaptação e aquisição de competências, este deve ter a duração suficiente e equilibrada que permita ao enfermeiro supervisionado ter a oportunidade de desenvolver as competências essenciais para o desempenho da sua atividade profissional. Por outro lado, considerando esse período como uma referência, o reajuste da sua duração pode ser considerado como tendo presente aquilo que possam ser as necessidades imediatas e a longo prazo do profissional e do serviço, não devendo contribuir para a manifestação de um sentimento de processo incompleto do ponto de vista formativo.

Apesar de a literatura reforçar que os enfermeiros supervisionados manifestam frequentemente incapacidade total ou parcial para a prestação de cuidados de forma autónoma, especialmente em contextos de especial complexidade e enfermeiros com menos experiência profissional, salienta ainda a importância para a presença e envolvimento do enfermeiro gestor em todas as fases do processo de adaptação, promovendo o devido acompanhamento e avaliação da evolução, situação que neste estudo foi também destacado como aspeto significativamente negativo.

Considerando o processo de integração nos contextos de trabalho um processo dinâmico, de sinergia e interação entre vários profissionais, o conhecimento da perceção dos enfermeiros supervisores clínicos envolvidos no mesmo processo assume igual importância para o conhecimento completo de todas as questões associadas a esta problemática.

Salientado desde o começo que a escolha do supervisor clínico remeteu, exclusivamente, para uma decisão do enfermeiro gestor do serviço, foi demonstrado pelos profissionais que este processo foi caracterizado, de forma global, pela indefinição e aleatoriedade, sem planeamento ou estrutura de orientação, na forma clara de expor os objetivos ou as etapas a cumprir, tendo apenas como único desígnio, ser um processo rápido dado as condicionantes organizacionais associado à falta de recursos humanos e à sobrecarga de trabalho sentida nesse mesmo período pelos enfermeiros.

Descentralizando a análise nos critérios associados à decisão pela escolha dos enfermeiros supervisores clínicos, perante essa mesma escolha, os profissionais assumiram o seu papel de supervisor clínico estando conscientes das suas responsabilidades, bem como dos requisitos exigidos ao processo de integração dos novos profissionais neste contexto de trabalho.

Perante a exigência do processo vivenciado, foram identificadas algumas barreiras que condicionaram, de forma significativa, o processo de transmissão de conhecimentos ou o demonstrar de determinadas competências nomeadamente, a inexistência de um plano estruturado, a sobrecarga de trabalho associado e a falta de *feedback* formal.

Neste sentido, tal como demonstrado em alguns estudos e, decorrente do papel desempenhado neste processo vivenciado, foi reconhecido pelos participantes na pessoa do enfermeiro supervisor clínico a responsabilidade em liderar, quase em exclusivo, a forma e necessidade de transmitir o conhecimento ao enfermeiro supervisionado. Para isso, foi evidente a adoção de modelos pessoais, baseados em muito do que era a experiência presente ou passada, da importância que reconhecia dos cuidados prestados associados a determinada tecnologia ou, de forma menos significativa, nas necessidades identificadas ou experiência do enfermeiro supervisionado.

Apesar do reconhecimento quanto à falta de formação dos supervisores clínicos ainda não ser um aspeto muito valorizado neste contexto, será de salientar a forma como alguns profissionais supervisores clínicos interpretam o papel que desenvolvem nestes processos de integração, deixando aquela que será uma visão mais retrograda de transmitir unilateralmente o conhecimento, optando por

um paradigma mais atual de elemento de referência ou modelo. Desta forma, atribuindo uma importância significativa ao processo e à forma como deve contribuir para uma prática orientada na resolução das dificuldades individuais do supervisionado, esta manifestação contribuiu, de uma forma decisiva, para o desenvolvimento pessoal e profissional do novo profissional, para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

De acordo com os resultados obtidos relacionado com as características associados do enfermeiro supervisor clínico neste contexto, e comprovado pela análise da literatura efetuada, foram reconhecidas algumas características técnicas e humanas importantes deste profissional pelos enfermeiros supervisionados nomeadamente, as competências relacionadas com o contexto prático e tecnológico e a disponibilidade para o processo. Por sua vez, os enfermeiros supervisores clínicos atribuem como significativo o interesse que demonstram por liderar o processo de integração, a empatia que demonstram pelo enfermeiro supervisionado e as suas competências.

Por outro lado, foi igualmente reconhecido no enfermeiro supervisionado um conjunto de características que podem contribuir de forma decisiva para o processo de integração. Neste sentido, e de acordo com a perspetiva dos enfermeiros supervisores clínicos, é fundamental o enfermeiro supervisionado ter disponibilidade e interesse para aprender assim como, demonstrar responsabilidade perante o contexto da prestação de cuidados. Para os enfermeiros supervisionados a demonstração de interesse assume maior significado de entre as restantes características mencionadas como a disponibilidade em aprender e a responsabilidade.

Destacado no decorrer desta investigação e, justificado pela evidência, o processo de integração contribui de forma inegável para o desenvolvimento do conhecimento e competências dos profissionais envolvidos nos contextos de trabalho, permitindo que de forma global sejam atingidos os diferentes objetivos ao nível de diversos domínios.

Neste sentido, como salientado na investigação atual como uma das barreiras encontradas pelos profissionais e como aspeto de melhoria ou sugestão de melhoria, a implementação de um processo de integração estruturado deve

permitir responder às necessidades individuais de cada enfermeiro supervisionado, possibilitando a este a fácil perceção do conjunto de normas, valores e objetivos previamente estabelecidos para o contexto em particular. Apesar de poder ser constituída como uma matriz ou modelo de utilização comum dentro do mesmo contexto, deve possibilitar em cada processo a adaptabilidade necessária ao desenvolvimento de uma adaptação mais rápida e eficaz, permitindo a cada profissional o desenvolvimento exigido face à prestação de cuidados de acordo com a sua competência.

Constatado o conhecimento pobre em SC no contexto investigado, é fundamental reforçar a necessidade e reconhecer a importância da construção de programas de integração assentes num sólido planeamento e construídos segundo a melhor evidência disponível. A SCE é considerada a ferramenta fulcral na criação de ambientes de apoio e suporte capazes de trazer benefícios claros para os profissionais, para as instituições e principalmente, orientar para a melhoria na prestação de cuidados seguros e de qualidade numa fase de transição para a autonomia dos enfermeiros supervisionados.

Por outro lado, decorrente da investigação foi constatado que apesar de utilizadas de uma forma aleatória e desprovidas de qualquer critério, as estratégias supervisivas eram ferramentas já utilizadas pelos enfermeiros supervisores clínicos nos processos de integração vivenciados. De forma significativa, foram mencionadas as estratégias de *feedback*, apoio, suporte, demonstração e reflexão.

A implementação de estratégias de supervisão, apesar da indefinição de critérios específicos, assume-se como um mecanismo decisivo para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências por parte dos enfermeiros supervisionados, contribuindo de forma indiscutível à adaptação e autonomia no contexto de trabalho.

A transição para a autonomia ficou igualmente caracterizada como um marco de impacto significativo para os enfermeiros supervisionados envolvidos nesta investigação. Decorrente do processo de integração vivenciado, o momento de transição para a autonomia, mencionado anteriormente como um acontecimento repentino onde rapidamente deixaram de ser considerados elementos

supranumerários, constituiu para os enfermeiros supervisionados um momento potenciador de sentimentos permanentes como ansiedade e insegurança.

Apesar das estratégias facilitadoras implementadas, a nível pessoal essencialmente pela autodeterminação e, a nível coletivo pelo apoio da equipa, foi evidente nos discursos analisados dos enfermeiros supervisionados, a dificuldade em conseguir corresponder de forma autónoma às exigências do contexto e às necessidades de cuidados, não colocando em risco a segurança, mas não correspondendo à qualidade desejada ou pretendida.

A implementação de processos supervisivos permite, desta forma, corresponder às necessidades dos enfermeiros, tornando-os mais aptos para o exercício profissional, para aumentar a sua satisfação e vinculação à profissão e, simultaneamente, promover ganhos em saúde pelo seu elevado potencial de aperfeiçoamento na tomada de decisão clínica e conceção de cuidados seguros e com qualidade.

Refletindo sobre o percurso metodológico, será importante salientar que a temática abordada, para além de ser pertinente para a disciplina de enfermagem, e tendo em conta o contexto onde se desenvolveu, reveste-se de um grande interesse do ponto de vista pessoal do investigador, proporcionando uma maior determinação para a sua elaboração. A nível pessoal, este processo constituiu uma ferramenta importante para o desenvolvimento de capacidades de investigação, crítico-reflexiva e de resolução de problemas, encarando os obstáculos como oportunidades de melhoria e aprendizagem pessoal e profissional.

Relativamente aos objetivos inicialmente propostos, consideramos que o estudo desenvolvido conseguiu contribuir, de forma decisiva, para compreender as experiências dos enfermeiros supervisionados e dos enfermeiros supervisores clínicos, bem como as dificuldades associadas ao processo de integração, nomeadamente no que remete para a segurança e a qualidade dos cuidados no momento e após a transição para a autonomia na prestação de cuidados neste contexto de particular especificidade.

De forma retrospectiva no final da investigação, identificaram-se algumas limitações ao estudo realizado. Neste contexto, uma das maiores dificuldades

sentida pelo investigador residiu na recolha da evidência associada aos processos de integração nos contextos de trabalho, com interesse os Serviços de Medicina Intensiva e em particular o contexto pediátrico. A escassez de literatura nacional específica sobre a SC em contextos de elevada complexidade como o pediátrico intensivo, constituiu igualmente uma limitação, dificultando a comparação e o enquadramento mais abrangente dos resultados obtidos.

Contudo, consideramos que os resultados obtidos neste estudo são de enorme contributo para a enfermagem, podendo trazer subsídios para o desenvolvimento de programas de integração de enfermeiros na medida que, podem influenciar o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, a motivação e satisfação profissional, contribuindo de forma clara e inequívoca para a segurança dos doentes e qualidade dos cuidados prestados.

Estamos conscientes de que a generalização dos resultados é outra limitação, considerando o tipo de investigação realizada e, por ter presente apenas o contexto de um único SMIP. Por isso, e tendo em conta que o número reduzido de contextos similares disponíveis em Portugal, este estudo pode constituir um ponto de partida para outras investigações, sugerindo-se a sua replicação em instituições diferentes de uma forma isolada ou em parceria, podendo ser necessário recorrer a outros métodos de investigação que sejam considerados viáveis para esse estudo.

Apesar destas limitações, o estudo oferece contributos relevantes para a prática da SCE. Os resultados destacam a importância de planear e implementar programas de integração baseados em modelos supervisivos estruturados, que privilegiem a comunicação, o *feedback* contínuo e a reflexão crítica de todos os profissionais.

Reforça-se ainda a necessidade de formação específica para os enfermeiros supervisores clínicos, potenciando competências pedagógicas, relacionais e de gestão que sustentem processos formativos eficazes e adaptados às necessidades dos profissionais em integração.

A investigação evidencia igualmente a relevância do envolvimento ativo dos enfermeiros gestores na coordenação e monitorização da supervisão, garantindo coerência e continuidade nos processos.

Em ultima análise, estes contributos podem uma base à definição de políticas organizacionais que promovam uma cultura de supervisão sistematizada e sustentada, favorecendo o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, a sua retenção nas instituições e a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Formasau.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos e teorias. considerações didáticas*. Formasau.
- Alarcão, I., Canha, B. (2013). *Supervisão e colaboração: Uma relação para o desenvolvimento*. Porto Editora.
- Albuquerque, J. S. (2021). Integração dos enfermeiros e construção da identidade profissional: Contributos da supervisão clínica (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39577>.
- Amaral, G., Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: Uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (5), e20036, 1-8. <https://doi:10.12707/RV20036>.
- Aparício, C., Nicholson, J. (2020). Do preceptorship and clinical supervision programmes support the retention of nurses? *British Journal of Nursing*, 29 (20), 1192-1197. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.20.1192>.
- Augusto, M. C. B. (2020). Contributo da implementação da supervisão clínica em Enfermagem para a qualidade dos cuidados (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/133881>.
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gil-Juliá, B., Ferrándiz-Sellés, M. D., & Collado-Boira, E. J. (2016). Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21 (2), 129–136. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16146>.
- Bellaguarda, M. L. R., Padilha, M.I., Neto, A. F. P., Pires, D., & Peres, M. A. A. (2013). Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da Enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. *Escola Anna Nery*, 17 (2), 369–374. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200023>.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70, Lda.
- Benner, P., Queiroz, A. A., & Lourenço, B. (2001). *O Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem. In De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.

- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. 2ª Edição. Springer.
- Brunero, S., Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 87-94. https://www.researchgate.net/publication/230802446_The_effectiveness_of_clinical_supervision_in_nursing_An_evidence-based_literature_review.
- Bucchi, S.; Mira, V. (2010). Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo*, 44, 1003-1010. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400021>.
- Carvalho, F., Ventura, T., & Barroso, R. (2004). Perfil de competências do orientador de formação. *Revista Portuguesa De Medicina Geral e Familiar*, 20 (1), 147–52. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v20i1.10010>.
- Carvalho, A. I. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/12851>.
- Carvalho, N. A., Gama, B. M. B., & Salimena, A. M. O. (2017). A Supervisão sob a ótica dos enfermeiros: Reflexos na assistência e trabalho em equipa. *Revista de Administração em Saúde*, 17 (69). <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.68>.
- Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em Enfermagem - Manual prático*. ESEP.
- Chaves, L. D. P., Mininel, V. A., Silva, J. A. M. D., Alves, L. R., Silva, M. F. D., & Camelo, S. H. H. (2017). Nursing supervision for care comprehensiveness. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (5), 1106–1111. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>.
- Chillakuri, B. (2020). Understanding Generation Z expectations for effective onboarding. *Journal of Organizational Change Management*, 33 (7), 1277–1296. <http://doi:10.1108/jocm-02-2020-0058>.
- Coelho, A., Adriano, P. (2021). Estratégias que suportam a integração de enfermeiros em UCI. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 7 (2), 298-319. <http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7%282%29.494.296-319>.
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de construção de competências nos*

enfermeiros em unidade de cuidados intensivos (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correa.pdf.

Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Edições Almedina, S.A.

Cross, W., Moore, A., & Ockerby, S. (2010). Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital. *Contemporary Nurse*, 35 (2), 245–253. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.35.2.245>.

Cunha, S. M. F. T. P. (2017). *Percursos de prática perita de enfermeiros a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos* (Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1887>.

Cruz, S. S. M. S. (2012). Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/12619>.

Cutcliffe, J. R., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27 (5), 1344–1363. <https://doi.org/10.1111/inm.12443>.

Decreto-Lei n.º 71/2019 do Ministério da Saúde (2019). Alteração do regime da carreira especial de enfermagem. Diário da República n.º 101/2019, Série I de 27 de maio de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/101-2019-122403264>.

DeGrande, H., Liu, F., Greene, P., & Stankus, J. A. (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive & Critical Care Nursing*, 49, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.005>.

Elias, C. E., Day, T. (2020). Experiences of Newly Qualified Nurses in Critical Care: A qualitative systematic review. *Journal of the Intensive Care Society*, 21 (4), 334–343. <https://doi.org/10.1177/1751143720926794>.

Estrela, C. (2018). *Metodologia Científica: Ciência, Ensino e Pesquisa*. Artes Médicas.

Figueira, A. C. M. S. (2016). *Perceção dos enfermeiros sobre as competências de supervisão clínica* (Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/3379>.

- Flores, D. R. M. T., Ferreira, I. I. R., Correia, P. S. R., Mendes, M. M. M. L., Ribeiro, P. C. P. S. V., & Fernandes, F. A. V. (2022). Dificultades y estrategias en la integración al cuidado de la persona en situación crítica: Una Scoping Review. *Enfermería Global*, 21 (2), 485–500. <https://doi.org/10.6018/eglobal.478501>.
- Fonseca, M. J., Soares, S., Gomes, J., & Marques, A. (2016). O processo de supervisão em ensino clínico. Perspectiva dos estudantes e enfermeiros. *Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, 18 (2), 77. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145245624006>.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta.
- França, M. I. R. (2014). Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: Adversidades e estratégias (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=xOkHEA8z>.
- Freixo, M. J. V. (2018). Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas. Edições Piaget.
- Garrido, A. F. S. (2004). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros* (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro). Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/1464>.
- Garrido, A., Pires, R., & Simões, J. (2008). *Supervisão clínica em Enfermagem: Perspetivas práticas*. Universidade de Aveiro.
- Glória, J. L. S., Silva, M. S. (2022). Autonomia do enfermeiro na assistência hospitalar. *Brazilian Journal of Health Review*, 5 (3), 11146-11155. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n3-265>.
- Gonçalves, R. M. (2013). Supervisão clínica de pares: Práticas supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9458>.
- Graf, A. C., Jacob, E., Twigg, D., & Nattabi, B. (2020). Contemporary nursing graduates transition to practice: A critical review of transition models. *Journal of Clinical Nursing*, 29 (15-16), 3097–3107. <https://doi.org/10.1111/jocn.15234>.
- Hicks, C. M. (2006). Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos: Concepção de Projectos de Aplicação e Análise. Lusociência.

- Hussein, R., Everett, B., Ramjan, L. M., Hu, W., & Salamonson, Y. (2017). New graduate nurses' experiences in a clinical specialty: A follow up study of newcomer perceptions of transitional support. *BMC Nursing*, 16, 42, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0236-0>.
- Hussein, R., Salamonson, Y., Hu, W., & Everett, B. (2019). Clinical supervision and ward orientation predict new graduate nurses' intention to work in critical care: Findings from a prospective observational study. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 32 (5), 397–402. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.09.003>.
- Innes, T., Calleja, P. (2018). Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings: An integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 30, 62–72. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.03.001>.
- Llewellyn, L. E., Day, H. L. (2008). Advanced nursing practice in paediatric critical care. *Paediatric Nursing*, 20 (1), 30–33. <https://doi.org/10.7748/paed2008.02.20.1.30.c6354>.
- Linn, A. C., Caregnato, R. C. A., & Souza, E. N. (2019). Clinical simulation in nursing education in intensive therapy: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (4), 1061–1070. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0217>.
- Longpré, C., Dubois, C. A., & Nguemeleu, E. T. (2014). Associations between level of services integration and nurse's workplace well-being. *BMC Nursing*, 13, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0050-x>.
- Macedo, M. R. (2012). Supervisão na integração dos enfermeiros à luz do modelo bioecológico. (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro). Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/9956>.
- Macedo, A. P. M., Padilha, K. G., & Püschel, V. A. A. (2019). Professional practices of education/training of nurses in an intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (2), 321–328. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0793>.
- Machado, D. A., Louro, T. Q., Figueiredo, N. M. A., & Vianna, L. M. A. (2012). The exhaustion of nursing: an integrative review of the burnout syndrome in intensive care unit. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 4 (4), 2765–2775. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2012.v4i4.2765-2775>.
- Melo, C. M. M., Florentino, T. C., Mascarenhas, N. B., Macedo, K. S., Silva, M. C., & Mascarenhas, S. M. (2016). Autonomia profissional da enfermeira: Algumas reflexões. *Escola Anna Nery*, 20 (4), 1-6. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160085>.

- Menezes, T. N., Santos, J. M. J., Camarço, M. F. S., Soares, J. N. dos S., Jesus, M. V. S., Gomes, A. L. F., Mariano, N. F., & Góis, R. M. O. (2021). Nurses supervision process in the hospital environment and its influence on quality care. *Research, Society and Development*, 10 (10), 1-17. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18875>.
- Moura, E. C., Mesquita, L. F. (2010). Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduados de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (5), 793-798. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500016>.
- Néné, M., & Serqueira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Caderno Temático. <https://silo.tips/download/caderno-tematico-modelo-de-desenvolvimento-profissional>.
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 366/2018. *Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica*. Diário da República, 2.ª série — N.º 113 — 14 de junho de 2018. 16656-16663. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7936/1665616663.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). Regulamento n.º 422/2018. *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018. 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2018c). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26 — 6 de fevereiro. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Padilla, Y. G., Cabrera, L., Adell, M. D., Pérez, T., González, J., & Rodríguez, R. F. (2019). Training needs detected by nurses in an intensive care unit: a phenomenological study. *Enfermería Intensiva*, 30 (4), 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.05.001>.
- Peltokorpi, V., Feng, J., Pustovit, S., Allen, D. G., & Rubenstein, A. L. (2021). The

- interactive effects of socialization tactics and work locus of control on newcomer work adjustment, job embeddedness, and voluntary turnover. *Human Relations*, 75 (1), 177-202. <https://doi.org/10.1177/0018726720986843>.
- Pinheiro, G., Macedo, A., & Costa, N. (2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (2), 101-109. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1381>.
- Pinto, D. (2013). Indicadores de estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9389>.
- Pinto, D. J. E., Santos, M. R., & Pires, M. R. (2017). Relevância dos indicadores de estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem. *Revista Rene*, 18 (1), 19-25. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/18860>.
- Pinto, C. B., Ramos, T., Reis, L., & Oliveira, P. (2023). Influência da Supervisão Clínica na integração dos enfermeiros em serviços de cirurgia: protocolo de scoping review. *RevSALUS*, 5 (3). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i3.499>.
- Pires, R. (2004). Acompanhamento da atividade clínica dos enfermeiros: contributo para a definição de uma política organizacional (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro). Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/17793>.
- Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Pires, M. (2021). Estratégias de Supervisão Clínica: análise crítico-reflexiva das práticas. *Millenium*, 2 (14), 47-55. <http://hdl.handle.net/10400.26/36379>.
- Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G., & Cheyne, H. (2017). A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 73 (8), 1825–1837. <https://doi.org/10.1111/jan.13253>.
- Ramos, T. E. C. (2023). Influência da Supervisão Clínica na integração de enfermeiros em serviços de internamento cirúrgico (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Comum de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/49935>.
- Reid, T. P., Hinderer, K. A., Jarosinski, J. M., Mister, B. J., & Seldomridge, L. A. (2013). Expert clinician to clinical teacher: Developing a faculty academy and mentoring initiative. *Nurse Education in Practice*, 13 (4), 288–293. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.03.022>.

- Ribeiro, F. (2012). Supervisão entre pares. Contributo para a melhoria das práticas de ensino. (Tese de mestrado, Universidade Portucalense). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio.upt.pt/server/api/core/bitstreams/f02340c4-41e1-4e6f-a12c-ff505a8a2b3e/content>.
- Rocha, I (2013). Construção e validação do questionário de avaliação da frequência de estratégias de supervisão clínica em Enfermagem (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Comum de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9399>.
- Rocha, I, Pinto, C, & Carvalho, L. (2021). Impact of clinical supervision on job satisfaction and emotional competence of nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (6), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0125>.
- Rodrigues, S. V. (2011). *Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida: Adaptação e validação da escala de Jefferson* (Tese de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/15840>.
- Rossler, K. L., Hardin, K., & Taylor, J. (2020). Teaching interprofessional socialization and collaboration to nurses transitioning in to critical care. *Clinical Simulation in Nursing*, X, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.03.012>.
- Rua, M. S. (2011). *De aluno a enfermeiro - Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Lusociência.
- Ruthes, R., Cunha, I. (2008). Entendendo as competências para aplicação na Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1 (61), 109-112. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100017>.
- Sá-Chaves, I. (2011). Formação, conhecimento e supervisão: Contributos nas áreas de formação de professores e de outros profissionais. Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/32356>.
- Santos, M. N. P. (2009). Desenvolvimento de competências profissionais com a educação pelos pares: Estudo de caso (Tese de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/19172>.
- Schon, Donald A. (1987). *Educating the reflective practitioner toward a new design for teaching and learning in the professions*. Jossey-Bass Publishers.
- Serafin, L., Pawlak, N., Kliś, Z., Bobrowska, A., & Pączek, B. (2021). Novice nurses' readiness to practice in an ICU: A qualitative study. *Nursing in*

Critical Care, 27 (1), 10–18. <https://doi.org/10.1111/nicc.12603>.

Serrano, M (2008). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho. (Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10773/1479>.

Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III (3), 15-23. http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08740283201100010002&lng=pt&tlng=pt.

Silva, L. M. (2010). Desenvolvimento profissional docente nos espaços e tempos de trabalho colaborativo. (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://ria.ua.pt/handle/10773/1411>.

Silvestre, M. C. J. (2012). Integração de enfermeiros em instituições hospitalares: Estudo de caso (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro). Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/10448>.

Simões, J. F. F. L., Garrido, A. F. S. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 16 (4), 599-608. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000400003>.

Simone, S., McComiskey, C. A., & Andersen, B. (2016). Integrating nurse practitioners into intensive care units. *American Association of Critical Care Nurse*, 36 (6), 59–69. <https://doi.org/10.4037/ccn2016360>.

Snowdon, D., Leggat, S., & Taylor, N. (2017). Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 17 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>.

Soares, C. S. C. (2004). Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro). Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/1302>.

Tavares, J. M. (2013). Políticas de supervisão clínica em enfermagem em serviços de pediatria (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Comum de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9465>.

Teixeira, A. I. C., Teixeira, L. O. L. S. M., Pereira, R. P. G., Barroso, C., Carvalho,

- A. L. R. F. de, & Püschel, V. A. de A. (2021). Development of nurse' evidence-based practice skills: Contributions of clinical supervision. *Revista Rene*, 22, 1-9. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212267980>.
- Trindade, G. P. G. (2020). Integração de novos enfermeiros num serviço de cuidados intensivos pediátricos. (Relatório de Projeto para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=7KVB110>.
- Winstanley, J., White, E. (2003). Clinical supervision: Models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, 10 (4), 7-38. <http://dx.doi.org/10.7748/nr2003.07.10.4.7.c5904>.
- Wright, B.V., Lalonde, M., Squires, J., Graham, I. D., Efstathiou, N., Devey Burry, R., Marcogliese, E., Skidmore, B., Vandyk, A., & Canadian Association of Critical Care Nurses and the National Emergency Nurses Association (2020). Identifying, describing, and assessing interventions that support new graduate nurse transition into critical care nursing practice: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 9 (1), 241. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01483-7>.
- Wright, J. (2012). Clinical Supervision: A review of the evidence base. *Nursing Standard*, 27 (3), p.44-49. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2012.09.27.3.44.c9298>.

ANEXOS

ANEXO I

GUIÃO PARA ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS SUPERVISADOS

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - GUIÃO

Enfermeiro Supervisado (ES)

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

- Qual a perspetiva dos enfermeiros no serviço de medicina intensiva pediátrica em relação ao processo de integração?
- Que elementos devem incorporar um programa de integração para os enfermeiros do serviço de medicina intensiva pediátrica?

FINALIDADE DO ESTUDO

Contribuir para a construção de um programa de integração de enfermeiros adaptado para um serviço de medicina intensiva pediátrica.

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Analisar a perceção dos enfermeiros em relação ao seu processo de integração no serviço de medicina intensiva pediátrica num hospital do distrito do Porto;
- Explorar a perceção do enfermeiro supervisor clínico em relação ao processo de integração de enfermeiros no serviço de medicina intensiva pediátrica num hospital do distrito do Porto;
- Identificar os modelos ou programas de integração utilizados pelo enfermeiro supervisor clínico para a integração de enfermeiros no serviço de medicina intensiva pediátrica num hospital do distrito do Porto;
- Avaliar os fatores facilitadores e barreiras na transição para a autonomia durante o processo de integração no serviço de medicina intensiva pediátrica num hospital do distrito do Porto;
- Conhecer o impacto do processo de integração para a qualidade e

segurança dos cuidados prestados após o período de integração num serviço de medicina intensiva pediátrica.

ASPETOS IMPORTANTES

- Gravação das entrevistas;
- Confidencialidade e anonimato com a ocultação de todos os dados identificativos dos participantes e codificação das entrevistas efetuadas (ES1 a ES5);
- Arquivo de todos os dados recolhidos em formato digital em pasta codificada e protegido acesso por código;
- Acesso à informação exclusivo pelo investigador principal;
- Eliminação de todos os dados recolhidos após término e apresentação do estudo pelo investigador principal.

BLOCO TEMÁTICO	OBJETIVO	FORMULÁRIO DE QUESTÕES	ANOTAÇÕES DO INVESTIGADOR
Legitimação da entrevista e motivação do participante	Legitimar a entrevista	• Informar sobre a pesquisa desenvolvida e seus objetivos; • Assegurar a confidencialidade de todas as informações fornecidas; • Solicitar autorização para a gravação da entrevista em formato digital, informando que após tratamento da informação será destruída; • Informar que no final do estudo, e caso o deseje, terá acesso aos dados e que em qualquer altura poderá parar a entrevista.	
	Motivar o participante para a entrevista	Solicitar a colaboração do enfermeiro salientando a importância do estudo: • Para a prestação de cuidados no contexto; • Para a segurança e qualidade dos cuidados; • Para a própria organização do contexto e instituição de uma forma global.	
Caraterização dos profissionais enfermeiros supervisados	Caraterizar os enfermeiros supervisados que participam no estudo	• Idade (<24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44 e >45 anos) • Género • Formação académica ○ Licenciatura ○ Pós-graduação ○ Especialização ○ Mestrado ○ Doutoramento	

		• Experiência profissional • Experiência profissional em Cuidados Intensivos • Experiência profissional em Cuidados Intensivos de Pediatria • Formação em Supervisão Clínica	
Processo de integração em cuidados intensivos de pediatria	Caraterizar o processo de integração vivenciado pelo enfermeiro supervisionado	• De uma forma geral, como descreve o seu processo de integração neste contexto de cuidados intensivos pediátricos? • Consegue descrever as várias etapas do seu processo de integração neste contexto? • Foram definidos os objetivos para este processo de integração? • Quais os aspetos que considerou mais positivos no processo de integração? • Quais os aspetos que considerou menos positivos no processo de integração? • Quais as estratégias desenvolvidas para alcançar os objetivos inicialmente definidos do processo de integração? • Considera ter atingido os objetivos definidos inicialmente para o processo de integração?	
	Etapas do processo de integração	• As etapas do processo de integração foram definidas desde o primeiro momento do processo de integração? • Como descreve o acompanhamento que foi efetuado durante o processo de integração? • Durante o processo de integração existiu necessidade de redefinir estratégias para atingir	

		os objetivos inicialmente definidos?	
	Comparação com outros processos de integração presentes no percurso profissional do enfermeiro supervisionado	• Relativamente ao percurso profissional, já teve presente em outros processos de integração? • Esses processos de integração eram em contextos semelhantes de cuidados intensivos e cuidados intensivos de pediatria? • Quais os aspetos de semelhança ou diferença em relação a este processo de integração em cuidados intensivos de pediatria vivenciado?	
	A importância do enfermeiro supervisor clínico no processo de integração	• Qual a importância que atribui ao enfermeiro supervisor clínico no processo de integração? • Considera que o enfermeiro supervisor clínico desenvolve um papel diferenciador para o desenvolvimento do processo de integração? • Considera que o enfermeiro supervisor clínico assume o papel principal ou pelo contrário tem um papel secundário em todo o processo de integração? • Quais as estratégias que o enfermeiro supervisor clínico desenvolveu ao longo do processo de integração?	
	Avaliação do processo de integração	• Como decorreu a avaliação que foi efetuada do processo de integração? • Como foram avaliadas as competências adquiridas ao longo do processo de integração? • Qual a importância que atribui à avaliação de competências após o processo de integração e a passagem para a autonomia no processo de prestação de cuidados neste contexto?	

Passagem à fase de autonomia	Processo de passagem da fase de integração à fase de autonomia	• Como descreve a passagem para a fase de autonomia na prestação de cuidados? • Quais as dificuldades sentidas neste processo de transição? • Quais as estratégias que utilizou para superar possíveis dificuldades sentidas? • Quais os aspetos do processo de integração que podiam melhorar a passagem à fase de autonomia na prestação de cuidados neste contexto?	
Finalização	Agradecer a colaboração para a participação no estudo	• Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada; • Disponibilidade para partilha dos dados finais do estudo.	

ANEXO II

GUIÃO PARA ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS SUPERVISORES CLÍNICOS

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - GUIÃO

Enfermeiro Supervisor Clínico (ESC)

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

- Qual a perspetiva dos enfermeiros no serviço de medicina intensiva pediátrica em relação ao processo de integração?
- Que elementos devem incorporar um programa de integração para os enfermeiros do serviço de medicina intensiva pediátrica?

FINALIDADE DO ESTUDO

Contribuir para a construção de um programa de integração de enfermeiros adaptado para um serviço de medicina intensiva pediátrica.

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Analisar a perceção dos enfermeiros em relação ao seu processo de integração no serviço de medicina intensiva pediátrica num hospital do distrito do Porto;
- Explorar a perceção do enfermeiro supervisor clínico em relação ao processo de integração de enfermeiros no serviço de medicina intensiva pediátrica num hospital do distrito do Porto;
- Identificar os modelos ou programas de integração utilizados pelos enfermeiros supervisores clínicos para a integração de enfermeiros no serviço de medicina intensiva pediátrica num hospital do distrito do Porto;
- Avaliar os fatores facilitadores e barreiras na transição para a autonomia durante o processo de integração no serviço de medicina intensiva pediátrica num hospital do distrito do Porto;
- Conhecer o impacto do processo de integração para a qualidade e

segurança dos cuidados prestados após o período de integração num serviço de medicina intensiva pediátrica.

ASPETOS IMPORTANTES

- Gravação das entrevistas;
- Confidencialidade e anonimato com a ocultação de todos os dados identificativos dos participantes e codificação das entrevistas efetuadas (ESC1 a ESC5);
- Arquivo de todos os dados recolhidos em formato digital em pasta codificada e protegido acesso por código;
- Acesso à informação exclusivo pelo investigador principal;
- Eliminação de todos os dados recolhidos após término e apresentação do estudo pelo investigador principal.

BLOCO TEMÁTICO	OBJETIVO	FORMULÁRIO DE QUESTÕES	ANOTAÇÕES DO INVESTIGADOR
Legitimação da entrevista e motivação do participante	Legitimar a entrevista	• Informar sobre a pesquisa desenvolvida e seus objetivos; • Assegurar a confidencialidade de todas as informações fornecidas; • Solicitar autorização para a gravação da entrevista em formato digital, informando que após tratamento da informação será destruída; • Informar que no final do estudo, e caso o deseje, terá acesso aos dados e que em qualquer altura poderá parar a entrevista.	
	Motivar o participante para a entrevista	Solicitar a colaboração do enfermeiro supervisor clínico salientando a importância do estudo: • Para a prestação de cuidados no contexto; • Para a segurança e qualidade dos cuidados; • Para a própria organização do contexto e instituição de uma forma global.	
Caraterização profissional dos enfermeiros supervisores clínicos	Caraterizar os enfermeiros supervisores clínicos que participam no estudo	• Idade (<24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44 e >45 anos) • Género • Formação académica ○ Licenciatura ○ Pós-graduação ○ Especialização ○ Mestrado ○ Doutoramento	

		• Experiência profissional • Experiência profissional em Cuidados Intensivos • Experiência profissional em Cuidados Intensivos de Pediatria • Formação em Supervisão Clínica • Experiência enquanto supervisor clínico no contexto de medicina intensiva pediátrica • Decisão para supervisor clínico no contexto da medicina intensiva pediátrica	
Processo de integração em cuidados intensivos de pediatria	Caraterizar o processo de integração	• Como desenvolve o processo de integração de um enfermeiro neste contexto de cuidados intensivos de pediatria? • Para a estruturação do processo de integração: ○ Tem por base algum modelo do serviço? ○ Tem por base a sua experiência no contexto? ○ Tem por base modelos observados anteriormente? • Considera importante definir etapas para o processo de integração de uma forma inicial? • Quais as etapas que por norma define para os processos de integração neste contexto? • Relativamente aos objetivos para o processo de integração, é igualmente um aspeto que define logo desde o início do processo de integração? • Como desenvolve esses objetivos: ○ De uma forma pessoal?	

		○ Em conjunto com o enfermeiro supervisionado? ○ Com o responsável do serviço? • Quais os aspetos que mais valoriza no processo de integração? • Quais os aspetos que menos valoriza no processo de integração? • Quais as estratégias que desenvolve com o enfermeiro supervisionado no decorrer do processo de integração para atingir os objetivos definidos? • Quais as estratégias que desenvolve para efetuar o acompanhamento do processo de integração?	
	A importância do enfermeiro como um supervisor clínico no processo de integração	• Qual a importância que atribui ao enfermeiro supervisor clínico no processo de integração? • Considera que o enfermeiro supervisor clínico desenvolve um papel diferenciador para o processo de integração? • Considera que o enfermeiro supervisor clínico assume o papel principal ou pelo contrário tem um papel secundário em todo o processo de integração? • Considera importante a experiência ou experiências prévias do enfermeiro supervisionado no desenvolvimento do processo de integração? • De que forma integra as experiências anteriores do enfermeiro supervisionado para a construção do novo processo de integração?	
	Avaliação do processo de integração	• Considera necessário efetuar uma avaliação do processo de integração?	

		• Como desenvolve a avaliação do processo de integração do enfermeiro supervisionado? • Como avaliou as competências do enfermeiro que integrou? • Qual a importância que atribui à avaliação de competências após o processo de integração e a passagem para a autonomia no processo de prestação de cuidados neste contexto?	
Passagem à fase de autonomia	Processo de passagem da fase de integração à fase de autonomia	• Como desenvolve a passagem para a fase de autonomia na prestação de cuidados neste contexto? • Quais as dificuldades que observa neste processo de transição? • Quais as estratégias que utilizou para minimizar as possíveis dificuldades dos enfermeiros que integrou? • Quais os aspetos do processo de integração que podia alterar ou melhorar como forma de facilitar a passagem à fase de autonomia na prestação de cuidados?	
Finalização	Agradecer a colaboração para a participação no estudo	• Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada; • Disponibilidade para partilha dos dados finais do estudo.	

ANEXO III

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE NA INVESTIGAÇÃO

**SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: CONTRIBUTO PARA A
CONCEÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE NA INVESTIGAÇÃO

Caro(a) participante.

Antes da tomada de decisão para colaborar neste estudo de investigação, importa compreender a finalidade e objetivos associados, os procedimentos a utilizar, os riscos e benefícios presentes após a sua colaboração e participação.

Nesta fase, pede-se que leia todo o documento com atenção e, caso considere necessário, pode colocar questões ao investigador mesmo antes de aceitar participar no estudo.

Ricardo Miguel Martins Gomes Cruz, enfermeiro no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica Unidade Local de Saúde de São João, a frequentar o Curso de Mestrado de Supervisão Clínica em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema **“Supervisão Clínica em Enfermagem: Contributo para a conceção de um programa de integração de enfermeiros”**.

As competências adquiridas ao longo da formação inicial em Enfermagem, são suscetíveis de mudança ao longo do exercício profissional, articulando-se em diferentes dimensões como a pessoal, profissional e social, num processo dinâmico e complexo mediado pelas várias interações, e associado às diferentes experiências que cada um vivencia ao longo do tempo e percurso profissional. Neste sentido, o desenvolvimento de competências durante o período de integração num novo serviço ou unidade, deve envolver um processo de reflexão sobre os problemas identificados na prática de cuidados, promovendo a consciencialização e a partilha entre todos os enfermeiros, com o objetivo central de incentivar a transformação do conhecimento e a integração de práticas de qualidade e da segurança nos cuidados prestados.

O processo de integração de um enfermeiro constitui-se, desde a fase inicial, um

desafio nas suas diferentes vertentes, pela necessidade de serem definidos programas de integração que considerem as necessidades organizacionais e as necessidades dos novos elementos. Esta perspetiva de organização do processo de integração, deve promover uma adaptação dos enfermeiros recém-admitidos de uma forma eficaz, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados prestados, além da aquisição de competências específicas de enfermagem associadas ao contexto da medicina intensiva pediátrica.

Para o investigador, a finalidade do estudo centra-se em contribuir para a construção de um programa de integração de enfermeiros adaptado para um serviço de medicina intensiva pediátrica. Neste sentido, torna-se pertinente conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o processo de integração vivenciado neste contexto da prestação de cuidados, explorando para isso a duas vertentes da relação supervisiva, o supervisionado e o supervisor.

Face a esta premissa, opta-se por desenvolver um estudo de cariz qualitativo, exploratório e transversal dividido em duas fases. A primeira fase consta da recolha dos dados sobre o processo de integração dos participantes no contexto da medicina intensiva pediátrica através da realização de entrevistas aos enfermeiros supervisionados e supervisores clínicos. Na segunda fase, com o suporte da análise de conteúdo das entrevistas efetuadas e as referências associadas à Supervisão Clínica em Enfermagem serão analisados os dados relacionados com o processo de integração vivenciado pelos enfermeiros no contexto em análise.

Para a consecução do estudo foram definidos os seguintes objetivos:

- Analisar a perceção dos enfermeiros em relação ao seu processo de integração no serviço de medicina intensiva pediátrica num hospital do distrito do Porto;
- Explorar a perceção do enfermeiro supervisor clínico em relação ao processo de integração de enfermeiros no serviço de medicina intensiva pediátrica num hospital do distrito do Porto;
- Identificar os modelos ou programas de integração utilizados pelos

enfermeiros supervisores clínicos para a integração de enfermeiros no serviço de medicina intensiva pediátrica num hospital do distrito do Porto;

- Avaliar os fatores facilitadores e barreiras na transição para a autonomia durante o processo de integração no serviço de medicina intensiva pediátrica num hospital do distrito do Porto;
- Conhecer o impacto do processo de integração para a qualidade e segurança dos cuidados prestados após o período de integração num serviço de medicina intensiva pediátrica.

A investigação será conduzida respeitando os princípios e valores deontológicos e éticos da profissão de enfermagem, respeitando ainda os aspetos éticos inerentes à investigação em saúde, tendo a avaliação e aprovação do estudo sido efetuada pelas respetivas Comissão Técnico Científica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Comissão de Ética [REDACTED] e respetivo Encarregado de Proteção de Dados ([REDACTED]).

Será assegurada a manutenção da confidencialidade de toda a informação recolhida durante as entrevistas através da sua codificação e eliminação de qualquer elemento identificativo dos enfermeiros que participam no estudo. Consciente da dificuldade em garantir por completo o anonimato dos participantes, condicionado pelo estudo de cariz qualitativo e o tamanho reduzido da amostra, deve ser salientado que todos os dados recolhidos (entrevista com gravação e caracterização profissional dos enfermeiros) serão guardados exclusivamente pelo investigador em formato digital, em pasta codificada e protegida com código de acesso. Término e apresentação do estudo prevista para o final do ano de 2024, todos os dados serão eliminados de forma permanente pelo investigador principal.

A decisão de colaborar no estudo deve ser sempre considerada como opcional e voluntária, podendo recusar ou interromper a mesma caso considere pertinente e adequado em qualquer fase da investigação. Qualquer que seja a decisão, será sempre tida em consideração e respeito pelo investigador, não afetando a relação laboral atual ou futura com a instituição ou serviço onde

desenvolve a sua prática de cuidados.

Caso tenha dúvidas sobre a forma como os seus dados pessoais são tratados, para saber mais sobre os seus direitos no âmbito da proteção de dados, pode, em qualquer momento da investigação, entrar em contacto com o Encarregado de Proteção de Dados da [REDACTED] através do endereço de email [epd@\[REDACTED\].pt](mailto:epd@[REDACTED].pt).

Caso considere que os seus dados não estão a ser objeto de tratamento legítimo, pode, em qualquer momento da investigação, apresentar uma reclamação junto da autoridade competente, a Comissão Nacional de Proteção de Dados através do endereço www.cnpd.pt.

Face à sua decisão de participação neste estudo, deve informar e assinar o consentimento informado que acompanha este documento, entregando em momento oportuno e a programar diretamente com o investigador, devendo ser sempre previamente à realização da entrevista.

Consciente da importância da sua participação para este estudo, agradeço o tempo dispensado para a leitura deste documento e colaboração com o investigador.

Ricardo Cruz (Investigador principal)

ricardo.cruz@ulssjoao.min-saude.pt

ricardonurse@gmail.com

962762383

Restante equipa de investigação

Professora Doutora Cristina Barroso

cmpinto@esenf.pt

Professora Doutora Inês Rocha

inesrocha@esenf.pt

ANEXO VI

MODELO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seoul 2008; Fortaleza 2013)

Designação do Estudo *(datilografado em português)*

Supervisão Clínica em Enfermagem: Contributo para a conceção de um programa de integração de enfermeiros

Confirmo que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: ☐ Não ☒ Sim (Nº de páginas 4)

O investigador responsável

Nome: Ricardo Miguel Martins Gomes Cruz Data: / / assinatura
datilografado

Identificação do participante

Nome: _____
 BI/ CC nº: _____ datilografado

Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais, eventual desconforto e política de acesso a registos clínicos.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.
- Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: / / assinatura

Nome *(Pais/Representante legal, se aplicável)*: _____
 BI/ CC nº: _____ Grau de parentesco: _____ datilografado

Data: / / assinatura

ANEXO V

MATRIZ DE ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS
ENFERMEIROS SUPERVISADOS

MATRIZ DE ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS ENFERMEIROS SUPERVISADOS

Domínio: Processo de Integração			
Categorias	Subcategorias	Unidades de análise	Frequência de ocorrência
Perceção do processo de Integração	Bom	ES4: “(...) Foi bom. De uma forma geral posso considerar que sim (...), no geral foi bom (...)”.	2
	Estimulador	ES5: “(...) por outro lado bastante estimulador (...) a querer saber mais e querer aprender mais (...)”.	2
	Difícil	ES1: “(...) Difícil. Porque entrei numa unidade que não nunca tinha tido contacto sequer (...) foi uma experiência difícil (...)”; ES2: “(...) não são processos fáceis e podem sempre ocorrer problemas e situações complicadas (...)”; ES3: “(...) período de uma adaptação muito difícil (...)”; ES4: “(...) muito difícil (...) acho que seria mais fácil se nos tivessem mostrado logo as máquinas, todas as que estão no serviço (...)”.	6
	Desafiador	ES5: “(...) desafiador (...) a pediatria sempre foi a área que eu quis trabalhar, então foi quase um culminar e finalmente conseguir chegar à pediatria e depois os cuidados intensivos (...)”.	2
	Exigente	ES1: “(...) lidamos com doentes gravemente doentes (...)”; ES2: “(...) senti que tinha de dar da perna e aprender muita coisa também da minha parte, porque havia muita coisa que eu não sabia ou não percebia o que me estava a tentar transmitir (...) Um é um serviço pesado, digamos assim, com muita responsabilidade (...)”; ES5: “(...) uma exigência muito grande (...)”.	4
Impacto emocional	Ansiedade	ES1: “(...) explicava muita coisa de modo fácil para ela e que, para mim, muitas vezes não era assim tão lógico o que ela estava a explicar (...)”.	1

	Stress	ES1: “(...) Nós lidamos um bocadinho com o stress do que é trabalhar na unidade de cuidados intensivos (...) foi tanto stress, (...) ter que gerir muito bem o stress, eu acho importante para conseguirmos ter assim um pensamento no sítio (...);” ES3: “(...) Numa palavra, muito stressante (...);” ES5: “(...) Por um lado stressante pelo contexto em si da pediatria e de toda a especificidade da área dos cuidados intensivos (...).”	5
	Segurança / Insegurança	ES2: “(...) Digamos que eu senti que estava bem acompanhada e que poderia colocar qualquer questão (...) não queria que pensassem que eu não sabia (...) inicialmente estava muito presa, sobretudo aos ecrãs e naquilo que o ecrã nos mostra (...);” ES3: “(...) aquilo que lia da teoria também não batia certo com aquilo que havia na prática, isso também me gerou um bocadinho de insegurança (...);” ES5: “(...) Quando mudei para esta realidade, eu não conseguia, eu sentia que tinha que ser sempre o supervisor comigo, enquanto eu fazia algum tipo de cuidado (...) coisas básicas, eu ficava na dúvida (...).”	6
	Nervosismo	ES2: “(...) senti a pressão sobre mim mesma (...). Eu não queria “demonstrar” que não tinha conhecimentos, ou que tinha menos (...);” ES3: “(...) senti que foi uma integração muito apressada (...) um período complicado, com muita pressão e mesmo algum mau estar no seio da equipa (...).”	4
	Desmotivação	ES3: “(...) um período muito complicado e que me levasse a crer que não devia continuar a trabalhar neste serviço (...) muitas vezes que tirava dúvidas e acabavam por as dúvidas ser assim muito apaziguadas de género e isto e aquilo, e nada mais de pormenor (...). Uma das coisas que eu ouvi muitas vezes no processo de integração e eu perguntava, mas porque é que é assim e respondiam, porque é assim que aqui se faz, isso para mim não é resposta, não fazia sentido (...) sentia que muitas vezes tinha que procurar a resposta em casa (...) acabava muitas vezes por aí com medo (...) que me oprimia muitas vezes na prestação de cuidados (...) medo de dar ideias, porque depois tenho medo daquilo que vão dizer (...);”	7

	Desorientação	ES1: “(...) às vezes acabava por não ter um fio condutor (...) acabámos por ser um bocadinho no aleatório (...); ES2: “(...) Senti-me um bocadinho “à nora” (...) parece que temos que saber o que é que eles querem logo (...); ES3: “(...) nunca tinha percebido muito bem o conteúdo e o contexto (...); ES5: “(...) quando por algum motivo de horário assim não o apanhava, eu ficava, sentia-me muito perdida, no sentido em que, até que ponto o colega que me estava a acompanhar naquele momento se sentia à vontade para que eu fosse fazendo algumas coisas ou não de forma autónoma (...).”	6
Estratégias iniciais	Autoformação	ES1: “(...) requer todo um estudo, outra vez porque é mesmo uma área muito específica dentro da área de enfermagem (...) estudar bastante por fora, fora do contexto de trabalho, não é, fora do horário de trabalho (...); ES3: “(...) Muito estudo pessoal (...) fazer esse esforço em casa (...); ES4: “(...) eu tentava ir a todos os doentes que pudesse, para conseguir ter o máximo de oportunidades possível (...) tentava apanhar tudo o que podia (...); ES5: “(...) chegava a casa, estudava (...) tinha que haver muito trabalho da minha parte por trás (...).”	8
	Reflexão individual	ES2: “(...) ando sempre com alguma coisa para escrever, porque pronto tenho de escrever em algum sítio que é para não me esquecer depois (...), para depois ver mais tarde alguma informação útil e pensar (...).”	3
	Formação externa à instituição	ES3: “(...) acabei por me inscreverem em cursos online sobre princípios básicos de cuidados intensivos e cursos a nível de pediatria desde os cuidados básicos em pediatria (...).”	1
Barreiras à integração	Falta de experiência no contexto	ES1: “(...) explicava, de uma forma que muitas vezes não parecia a mais adequada ou pelo menos, para quem tem pouca experiência (...) como estava a referir, tornava-se difícil conseguir acompanhar os conceitos (...); ES2: “(...) estava a trabalhar em adultos (...); ES3: “(...) não tinha experiência ou, tinha muito pouca experiência em tudo (...);	8

		ES4: “(...) o mais complicado para mim foi mesmo passar dos adultos para os pequeninos (...) vamos apanhando doentes com diferentes idades e muitas vezes temos um doente com um ano ou pouco mais e do outro lado um jovem muito maior. Isso acaba por ser mais uma dificuldade neste contexto (...); ES5: “(...) eu não tinha experiência nenhuma, quer em pediatria muito menos em intensivos (...) tudo novo para mim, tudo desde medicações, desde doses, mas isto era específico da pediatria e dos intensivos, inclusive determinadas técnicas (...) eu já tinha experiência anterior de ser enfermeira há 10 anos, mas em contextos claramente diferentes (...)”.	
	Falta de conhecimento	ES1: “(...) o conhecimento não era, não era vasto o suficiente para ter, pronto! Para ter uma, o que se considera uma boa integração (...)”.	1
	Falta de oportunidades	ES1: “(...) Infelizmente, quando eu fui integrada, foi numa altura em que não havia sempre muitos doentes na unidade, (...) eram até dispensados os elementos (...) não tive experiências necessárias nesse tempo, como disse, porque haviam poucos doentes (...) eramos mesmo dispensados ou tínhamos doentes menos críticos (...)”; ES2: “(...) quando acabou no fundo a integração, houve coisas que eu posso não ter apanhado ainda (...) casos específicos que posso nunca ter tido contacto (...) senti que durante um tempo, umas semanas, não tive assim tantas oportunidades de aprendizagem (...)”; ES3: “(...) apesar de eu não achar que não tivéssemos assim coisas específicas se calhar mais difíceis, (...) que não tivéssemos feito muitas vezes (...) muitas vezes achei que nós não íamos atrás daquelas oportunidades (...). Ficávamos sempre com aquele doente (...) iam surgindo outras oportunidades que escapavam (...) achei que muitas vezes não íamos atrás disso (...)”; ES5: “(...) tínhamos poucos doentes no serviço então, em termos de experiência, de técnicas e de procedimentos durante o meu tempo de integração, houve uma fase que foi um pouco complicada e em que essas experiências forma reduzidas (...) a parte mais negativa realmente foi essa falta de experiências (...) uma fase tão atípica que todos me dizem isto não é normal para o serviço, o serviço não costuma ser assim, está muito calmo, mas lá está, foi uma situação atípica que atravessou o meu processo de integração (...)”.	15

	Inexistência de um plano estruturado para a integração	ES1: “(...) o processo de integração foi um bocadinho delineado tendo em conta o tipo de doente que nos aparecia (...) não houve muita organização (...); ES2: “(...) Era sempre o que ia surgindo, nada estruturado. Pelo menos não senti dessa forma (...). Era no fundo o decorrer do dia a dia e do dos turnos (...); ES3: “(...) sinto que fui muito acompanhada durante toda a prestação de cuidados, mas ao longo do tempo, já para aí no segundo mês de integração, senti que já me deixavam sozinha e esse acompanhamento deixou de existir (...) como eu já sabia fazer o básico, ficou por ali. Nada mais (...); ES4: “(...) notei alguma diferença nomeadamente, os anteriores serem processos protocolados pelos locais onde passei, onde existiam datas definidas objetivos já demarcados desde o início, desde a primeira semana (...) este contexto foi onde tive um processo diferente, foi mais apalavrado. É dito mais ou menos os meses de integração, o período de integração e vamos guiando as coisas por aí (...); ES5: “(...) Acho que para facilitar a sua função e dos restantes elementos deveria haver uma coisa mais estruturada (...).”	9
	Inexistência de um manual de integração	ES2: “(...) não encontramos propriamente os protocolos definidos para várias intervenções (...); ES4: “(...) não tinha nada escrito e isso era algo que não estava habituada (...).”	2
	Organização do contexto	ES2: “(...) uma equipa construída (...) toda a gente se conhecia e quando alguém chega de novo, pronto é também complicado de se integrar (...) mostrar confiança no que estamos a fazer e que alguém confie em nós (...); É um serviço específico, com doentes diferentes e específicos também (...) exigem todos a responsabilidade e nós temos que ser responsáveis, mas para além de serem crianças, parece que acresce mais uma responsabilidade (...); ES3: “(...) uma coisa muito generalizada e pouco personalizada (...); ES4: “(...) está tudo um pouco espalhado pelo serviço (...) dou por mim um pouco perdida a relembrar que uma coisa está num local e outra, está num outro local (...); ES5: “(...) nós temos um leque muito grande de patologias, de situações que nos aparecem e ao mesmo tempo, muitas idades com diferentes especificidades em cada uma delas (...) não é porque não havia um sentido orientador, no entanto, era	10

		dependente dos doentes que a gente encontrava naquele dia e por isso hoje é cardíaco amanhã é um neurológico, ou no outro dia era respiratório (...).	
	Duração do período de integração	ES1: "(...) nós nunca nos sentimos integrados a 100%, porque o tempo de integração foi curto (...); ES5: "(...) O tempo, acho que a gente sente sempre tipo três meses, eu acho pouco dada a complexidade do serviço (...) engloba uma grande variedade de patologias, uma grande variedade de idades que acaba por ser um bocado complexo e difícil de a gente conseguir estruturar tudo nesse tempo (...) eu acho que acabou por ser curto o tempo (...).	4
	Falta de comunicação	ES1: "(...) nunca houve comunicação dessa parte nem de minha parte também, talvez tenha errado nesse aspeto também. Se eu estaria a evoluir ou vê-estes ou aqueles aspetos, o que seria também bom e construtivo para mim (...); ES2: "(...) Nunca tive a oportunidade ou talvez a iniciativa de ir falar com a chefia, a perguntar no fundo o feedback (...) Agora como entre os três não houve assim comunicação nem de nada (...); ES3: "(...) acho que inicialmente, a colega também não se integrou logo disso e então muitas vezes assumia que eu já conhecia muito, muitas situações para os cuidados prestados, muito especificamente nos cuidados intensivos (...) nunca durante integração, nos perguntaram como é que nós estávamos, em que fase estávamos, se nos sentíamos mais seguros ou por outro lado menos seguros. Se precisávamos de mais tempo ou não (...); ES4: "(...) notei alguma falta de comunicação (...).	6
	Falta de envolvimento do gestor	ES1: "(...) ajuda com o stress é um bocadinho débil (...). Por vezes, isso não é muito bem gerido, tanto stress (...); ES3: "(...) desconsideração que a parte da chefia teve perante os colegas que entraram novos para integrarem a equipa (...) em muitos aspetos, acho que tinha um discurso desadequado (...) podia ter sido bem diferente se acompanhasse o nosso processo, ver a nossa prestação de cuidados, estar connosco, perceber como é que estava a correr a adaptação ao serviço, das nossas dificuldades, do que seria necessário melhorar ou mesmo adaptar (...) a chefia além de não se importar com o processo de integração,	6

		nem sequer sabia corretamente o nosso nome. Isso por si só, demonstra o interesse que imperava na equipa por parte da chefia direta (...).	
Fatores facilitadores	Experiência anterior	ES4: "(...) sabendo que já tinha alguma experiência anterior em cuidados intensivos, mesmo que em adultos (...), tentava sempre perguntar a forma como estava habituada a fazer e se algo fosse diferente (...) tentava sempre procurar uma explicação para essa situação, da razão de ser diferente (...) haviam coisas muito semelhantes claro (...) ia muito focada nos adultos, era a minha experiência (...)" ES5: "(...) eu já tinha feito uma pós-graduação em cuidados intensivos pediátricos e neonatais (...)"	6
	Acolhimento da equipa	ES2: "(...) Algumas vezes com uns colegas mais do que com outros ou, mais à vontade com uns do que com outros. Mas isso também é da relação entre colegas (...)" ; ES3: "(...) a equipa que eu integrei quando estava ainda na parte de integração (...) acho que foi uma equipa que me ouviu, que acho que isso era também importante e que tentou apoiar naquilo que conseguia (...)"	3
	Experiência da equipa	ES1: "(...) Nesta unidade temos colegas que têm muitos anos de experiência (...) muitos anos daquele serviço (...)"	2
	Experiência do supervisor	ES1: "(...), fui integrada por uma colega de equipa que, ao contrário de mim, tem muitos anos de experiência (...). É exímia no trabalho que faz e é uma grande referência de enfermagem (...) considero nos cuidados ao doente uma grande referência e isso foi muito bom para eu aprender (...)" ; ES2: "(...) Quem me integrou era uma colega com muita experiência (...) uma pessoa com bastante conhecimento (...) essa experiência é uma mais-valia na transmissão de segurança e transmissão de todos os valores e conhecimento (...)" ; ES5: "(...) acompanharmos e tentamos acompanhar quase sempre a mesma pessoa durante o processo de integração (...) dar um bom acompanhamento e a direcionar, não é no fundo no trabalho (...)"	8
	Relação com o supervisor	ES2: "(...) O à-vontade da colega (...) sentia-me à-vontade para fazer questões (...). Foi um bom acompanhamento (...)" ; ES3: "(...) apesar de me ter dado bem com a colega que me integrou (...)" ;	7

		ES4: “(...) A minha integradora tentou criar sempre um ambiente tranquilo, criando momentos, quando possível de reflexão e de diálogo (...); ES5: “(...) A integração num serviço é um processo muito individual e acaba por ser um bocado de autoconhecimento durante o enfermeiro que está a ser integrado, enfermeiro que está a integrar de forma em acompanhá-lo e a direcioná-lo naquilo que seria o melhor para atingirem um objetivo final (...) a gente entre as duas encaixamos muito bem em termos de personalidade (...).”	
--	--	--	--

Domínio: Programa de integração			
Categorias	Subcategorias	Unidades de análise	Frequência de ocorrência
Definição de objetivos	Indefinição	ES1: “(...) As coisas iam acontecendo à medida que os doentes iam entrando na unidade (...) à medida que surgiam as necessidades de cuidados de enfermagem (...)”; ES2: “(...) também ter alguns objetivos, se calhar! Mas não houve. Pelo menos que tivessem dito assim de uma forma muito formal (...) como não foram definidos nenhuns objetivos iniciais, eu também não sei se os consegui atingir (...)”; ES3: “(...) nada disso aconteceu, definição de objetivos (...)”; ES4: “(...) inicialmente não se estabeleceram objetivos ao longo do tempo (...)”.	6
	Definidos pela instituição	ES1: “(...) único objetivo seria a integração final (...)”; ES2: “(...) apenas o de ter de ser uma integração rápida (...) como me disseram, agora é tempo de sair do colinho (...)”; ES3: “(...) Inicialmente, quando eu falei com a chefe, falou que a integração teria que ser em 3 meses, mas a verdade é que, nunca sequer chegaram aos 3 meses e depois o timing foi definido pela chefe, um dia em que iríamos começar a prestar cuidados sozinhos, mas não foi nada sequer falado connosco. Apareceu simplesmente no horário, não foi nada falado pessoalmente (...)”; ES4: “(...) alocação repentina dos elementos no horário (...)”; ES5: “(...) o objetivo era apenas uma integração no final de 3 meses (...) apanhar o máximo de experiências e o máximo, sei lá, de técnicas, procedimentos específicos em cuidados intensivos para depois eu conseguir, de certa forma, sozinha ou com um mínimo de ajuda, dar resposta aos cuidados que me seriam pedidos quando tivesse de forma autónoma (...)”.	7
Planeamento do processo superviso	Aleatoriedade	ES1: “(...) Não havia estas etapas delineadas (...) acabámos por ser um bocadinho no aleatório (...)”; ES2: “(...) Não me recordo de serem definidas etapas, ou pelo menos eu não senti que houvesse (...) não foram estabelecidas nenhuma etapas iniciais (...) era consoante também os doentes que estavam e que seriam atribuídos à colega e que eu estaria a	13

		acompanhar também (...) não senti que tivessem sido definidas etapas de uma forma rígida ou formal (...); ES3: “(...) nada disso aconteceu, definição de etapas (...); ES4: “(...) Fomos falando sobre as experiências que eu queria ter durante o meu processo de integração (...) conforme as técnicas que iam surgindo eu ia perguntando e as coisas iam sendo assim (...) eu era chamada para ver e ajudar nas técnicas (...); ES5: “(...) Etapas especificamente definidas, não. Eu sabia que tinha um tempo limitado de integração, isso disseram logo à partida que seriam os 3 meses (...) vamos aqui vais fazer isto, aqui vais fazer aquilo depois (...) vamos vendo como é que as coisas vão correndo (...)”.	
	Definição pelo supervisor	ES1: “(...) ficava um bocadinho à nossa responsabilidade no caso da integradora (...) ela aproveitava e se aparecia algum momento não é de aprendizagem, mesmo em outros doentes (...); ES2: “(...) foi um processo que foi decorrendo consoante experiência do supervisor (...)”.	2
	Definido segundo as necessidades do supervisionado	ES4: “(...) dado que eu já tinha algumas bases e foi a partir daí (...) com as minhas necessidades (...)”.	2
Duração do período de Integração	_____	ES1: “(...) 4 meses é pouco tempo (...) nunca nos sentimos integrados a 100% (...); ES2: “(...) um serviço intenso e que têm muitas e muitas coisas em relação a outros serviços, muitas máquinas e dispositivos que não são o dia a dia dos outros serviços, exige mais e maior integração (...). O Tempo também não foi um apeto favorável (...) o tempo é um fator importante na minha opinião, mas claro depende de cada pessoa (...); ES3: “(...) Acho que precisava de um acompanhamento muito mais prolongado (...)”.	5
Sugestões de melhoria	Existência de um plano estruturado	ES1: “(...) Ter assim um processo de análise conjunta entre o integrante e o integrador (...) Algo que ajudasse os intervenientes a tentar estabelecer um fio condutor (...) sabemos que todos são integrados da mesma maneira (...) conseguimos mais depressa reconhecer os problemas caso existam em termos de integração (..) este instrumento também pode ter a liberdade de haver uns ajustes consoante o integrado (...) era importante para ajudar o integrado a delinear um bocadinho o seu processo de integração (...) vou passar por determinadas etapas, e nesta etapa é suposto conseguires já fazer isto, isto é assim desta forma ou daquela, onde é que tu tens dúvidas, não te sentes	20

		capaz disto (...) se estamos a evoluir de boa forma (...) conseguimos perceber em que patamar é que estamos e o que é que temos que evoluir. (...) o que é que é suposto fazer e mais ou menos a caminhar um bocadinho consoante o tempo e não contra o tempo (...) ter um documento objetivo, mas não restritivo (...) que não seja restrito, mas flexível (...); ES2: “(...) Algo orientador, mas flexível ao mesmo tempo, dependendo muito do que é a experiência prévia da pessoa (...) um programa muito mais preocupado, lá está muito mais personalizado (...) Criar mais exigência e mais feedback (...); ES3: “(...) Penso que é uma perspetiva correta de acolher os novos profissionais, principalmente em contextos tão específicos, onde temos crianças e famílias com necessidades muito especiais e que não são admitidos determinados erros (...). Se houvesse um modelo muito mais organizado, se calhar tínhamos gerido muito mais pelas expectativas e por esses objetivos que eram impostos no modelo e não pelas minhas expectativas (...); ES4: “(...) Teria criado determinadas rotinas na fase inicial, importantes para quem chega de novo a este contexto (...); ES5: “(...) um documento orientador para a integração (...) não só para o supervisor poder orientar o que é importante falar em cada tema, mas também, para o supervisionado poder acompanhar esse mesmo processo e verificar o que já conseguiu atingir ou os conhecimentos que precisa explorar em cada tema (...).”	
	Feedback formal	ES2: “(...) eu gostava de ter no fundo um <i>feedback</i> de como estava a ser o meu processo de integração com a opinião, no sentido da forma como estava a decorrer, se eu estaria a evoluir ou não ou, se estava num bom caminho também seria bom ter tido essa opinião (...) O <i>feedback</i>, gostava sim (...). Eu gostaria de ter obtido algum tipo de avaliação ou feedback ou resposta no final para saber se atingi (...) no fundo alguma expectativa por parte daquilo que os colegas achavam que eu poderia ser o posso ainda vir a ser. Pronto penso que seria importante (...).”	4
	Organização do serviço	ES4: “(...) organização dos materiais no próprio serviço (...) Penso que as coisas podiam estar um pouco mais agrupadas, talvez por técnicas ou equipamentos (...). Acho que as coisas deviam estar melhor organizadas, era mais fácil para todos (...); ES5: “(...) listagem de material para cada procedimento poderia ser mais fácil para orientar melhor os colegas quando chegam a conseguir preparar melhor as coisas para	6

		os procedimentos (...) as coisas estarem próximas umas das outras, por vezes temos de ir buscar material a um lado e outro material a outro (...) especialmente para quem tem menos contacto, ou nunca utilizou ou teve oportunidade de experimentar durante a integração (...).	
	Formações internas	ES5: "(...) as formações que temos feito agora, nos últimos tempos cá na unidade (...) muita coisa que eu estou a aprender no sentido de coisas práticas e faço a associação entre muitas das coisas que ouvia e não percebia e agora consigo ver e aprender de outra forma (...).	2

Domínio: Relação supervisa			
Categoria	Subcategoria	Unidades de análise	Frequência de ocorrência
Características do supervisor	Comunicação / Relação	ES1: "(...) na minha opinião, saber gerir um bocadinho o stress e na forma como deve comunicar é muito importante na pessoa que está a integrar (...), a parte boa é que o à vontade foi logo instituído nos primeiros dias, até porque a colega que me esteve integrar, eu já conhecia de outros contextos (...).	2
	Disponibilidade	ES1: "(...) priorizar um bocadinho a pessoa que está sendo integrada e muitas vezes isso não aconteceu (...) a disponibilidade ou falta dela, acho que isso é um padrão geral um bocadinho da unidade (...); ES3: "(...) senti que já deixou de existir uma certa exigência e acho que eu precisava desse tipo de exigência, de ter sido acompanhada em doentes mais difíceis, mais exigentes para melhorar a integração (...); ES5: "(...) todas as questões que fui colocando tentava sempre responder e dar a resposta a tudo aquilo que eu me sentia insegura, ou que ia perguntando em termos de dúvidas de trabalho (...) disponibilidade e gosto em explicar as coisas (...) ter a calma e tipo, de repetir as mesmas coisas várias vezes (...).	6
	Interesse	ES4: "(...) há pessoas que não, lá está, não têm aquele interesse ou predisposição (...); ES5: "(...) ir inventando casos. Se acontecesse isso, se acontecesse aquilo, só que lá está, não é uma prática, não é um fazer as coisas (...).	2
	Empatia	ES3: "(...) tem que ser uma pessoa com muita empatia, muito compreensiva (...) sem se ser agressivo na forma como falamos (...); ES5: "(...) ter primeiro a abertura para acolher (...).	3

	Competências	ES1: “(...) ter experiência (...) conhecimento (...) definição de prioridades (...) gerir o stress associado (...) ter ainda um bocadinho de conhecimento sobre como ensinar (...) ser um bocadinho humilde e pôr-se no lugar do outro (...)”; ES3: “(...) conhecimento do serviço, muito conhecimento dos cuidados prestados, ser uma pessoa que se percebe que estuda, que se atualiza, que é confiante naquilo que está a fazer para também poder conseguir ensinar os outros (...) acho que é fulcral porque é o primeiro contato que nós temos com o serviço, perceber como é que é o colega perceciona aquele contexto, a apresentação que nos faz do serviço e dos doentes (...)”; ES4: “(...) ter mais experiência e conhecimento é importante para ser transmitido aos mais novos, aos que integram o contexto de forma mais recente (...) se ele confiar em mim, o resto da equipa poderá também confiar (...)”; ES5: “(...) a capacidade de conseguir transmitir da melhor forma todo esse conhecimento (...) até têm muito conhecimento, têm um poço de conhecimento, mas para transmitir não têm esse dom (...) com calma e com serenidade (...) acho que nem todas as pessoas têm essa capacidade e competência para integrar novos colegas (...)”.	14
Características do Supervisado	Disponibilidade para aprender	ES3: “(...) depende da pessoa e da dedicação que ela tem na fase integração (...)”; ES5: “(...) vontade do supervisionado de procurar (...)”.	2
	Interesse	ES4: “(...) o supervisionado tem de conseguir entender para depois conseguir melhorar a forma como desenvolve o seu trabalho e assim, conseguir evoluir em todo o processo (...)”; ES5: “(...) é importante porque tem de estar motivado e com interesse para aprender (...) tens que fazer muito trabalho de casa, mas nunca é o suficiente em relação à prática (...) eu procurei e questioneei a supervisora tipo, que é que tu achas? Como é que eu estou? O que é que eu devo investir mais? Achas que? Porque lá está, também para mim, era importante ter esse <i>feedback</i> para também tentar perceber e orientar, onde é que eu poderia evoluir mais? Onde é que eu poderia investir mais no processo (...) o querer saber mais (...) o interesse em querer saber mais (...)”.	6
	Responsabilidade	ES5: “(...) acho que o nosso trabalho exige muito essa noção da responsabilidade (...) sabermos exatamente o que estamos a fazer e porque estamos a fazer (...)”.	2
Estilo de supervisão	Diretiva	ES1: “(...) A maneira dela era mesmo de aparecer e explicar (...) explicar a importância e demonstrar o melhor cuidado de uma forma direta (...)”;	2

	Colaborativa	ES4: “(...) sentou-se comigo para ver quais eram as minhas necessidades (...)”; ES5: “(...) tem mesmo de existir um equilíbrio entre os dois e quando há esse equilíbrio acho que as coisas acabam por fluir muito mais facilmente (...) os dois são realmente importantes e tem de existir essa colaboração, apesar de poderem existir muitas outras condicionantes (...)”;	3
Estratégias supervisivas	Observação	ES4: “(...) eu fazia sempre a ronda pelo serviço que era para ver que idade das crianças é que eu lá tinha (...) olhava bem para os doentes todos para ter uma melhor noção (...)”; ES5: “(...) era muito aquilo que eu via que o supervisor fazia comigo (...)”.	3
	Demonstração	ES1: “(...) dizia algumas vezes, tenho isso para te explicar (...), tenho isto e depois explicava e acabava por ser por tarefa (...)”; ES2: “(...) Foi sobretudo demonstrar as tarefas e por vezes falar um pouco daquilo com que contactamos mais (...) mas de uma forma mais informal (...)”.	4
	Experimentação	ES2: “(...) o centrar praticamente nas rotinas diárias nos turnos, nas tarefas que ia executando (...) concentração na repetição das tarefas e na sua execução diária (...)”; ES3: “(...) A parte de execução e treino também era importante (...)”.	3
	Feedback	ES3: “(...) Acho que o <i>feedback</i> foi importante para mim, mas também teve que ser solicitado por mim, explicado porque é que era importante (...)”; ES4: “(...) tentava sempre procurar a orientadora e perguntar em que é que eu podia melhorar, em que aspeto deveria melhorar ou mesmo mudar (...) a orientadora dava-me sempre um <i>feedback</i> do meu percurso e das sugestões de melhoria (...) dava-me o <i>feedback</i> de tudo (...). O <i>feedback</i> foi normalmente sempre foi construtivo, ajuda a evoluir no cuidar (...)”; ES5: “(...), acho que houve ali uma conversa de certa forma mais formal (...) acho que é importante a gente ter uma noção da evolução (...) dar o <i>feedback</i> de aspetos a melhorar e do que podemos ou não ainda fazer para colmatar as dificuldades (...) é essencial a gente ter um <i>feedback</i> (...)”.	9
	Reflexão	ES3: “(...) A reflexão se aconteceu terá sido de uma forma isolada, não me recordo de ser algo muito frequente como a enfermeira que estava comigo (...)”;	2

		ES5: “(...) é importante a gente conseguir perceber onde é que nos situamos, em que patamar estamos do nosso caminho (...)”.	
--	--	--	--

Domínio: Transição para a autonomia na prestação de cuidados			
Categoria	Subcategoria	Unidades de análise	Frequência de ocorrência
Perceção do supervisorado	Difícil	ES1: "(...) Não temos que andar sempre no colo de alguém e foi uma fase complicada (...) foi uma grande luta para mim (...) um bocado difícil (...)"; ES5: "(...) Passas de forma repentina de um momento em que tens que estar sempre com alguém a supervisionar o teu cuidado e de repente, no dia seguinte, basicamente já não tens (...) uma passagem difícil (...)".	5
	Falta de comunicação	ES1: "(...) não houve muito a consideração sobre o facto de eu estar preparada ou de me sentir preparada para ingressar um cuidado autónomo (...) uma passagem que dependeu muito de um trabalho autónomo (...). Relativamente à chefia, sinto que não houve muita participação ou informação (...) em relação à minha integração não sei se falava com o integrador ou não (...) só houve um momento em que perguntou quando fez uma pequena reunião (...) foram apenas 5 minutos com a minha colega e comigo a perguntar como é que eu estava e qual era o meu desenvolvimento, se tinha capacidade ou não tinha, apenas isso (...)"; ES3: "(...) Eu calculo que fossem falando com a colega que me integrou, deve ter sido dessa forma (...)".	7
	Falta de apoio	ES2: "(...) acho que só o facto de saber o que no fundo acharam do meu processo de integração ou se já estaria apto ou não, já me daria um bocadinho mais de confiança para a etapa seguinte (...)"; ES3: "(...) estás integrada, hoje é cada um por si (...) vou tratar dos meus doentes, e tu trata os teus (...) é importante o trabalho em equipa e senti que isso não existiu de todo nesse primeiro turno (...) senti-me sem qualquer tipo de apoio, nem da parte dos colegas, nem mesmo por parte da chefia que na altura também estava lá (...)".	5
	Aprendizagem	ES1: "(...) aprendi e cresci bastante nisso de ser muito autónomo (...) acho que no serviço trabalhamos muito em equipa, mas ao mesmo tempo temos que aprender a ser muito autónomos (...)".	2

Impacto emocional	Ansiedade	ES2: “(...) sentir-me ansiosa por estar responsável por crianças, digamos assim, tendo em conta que seria a minha primeira abordagem (...) ansiedade inicial (...)”; ES3: “(...) também me provocou muita ansiedade porque percebi que nem sequer atingi o objetivo principal no tempo estipulado de integração (...). Lembro-me que na altura entrei no turno ansiosa porque não era a minha equipa (...)”.	4
	Nervosismo	ES2: “(...) fiquei assim um bocado nervosa (...) dá um bocadinho de nervos (...)”.	2
	Insegurança	ES1: “(...) de um momento para outro, dizem-me que tenho um doente atribuído e alguma coisa que precisar é só chamar (...) situações em que não me sentisse tão segura e assim, aí recorri à ajuda possível em cada turno (...)”; ES3: “(...) Deparei-me com dúvidas em certas situações, em certos dispositivos que ainda não tinha percebido muito bem como se montava, porque durante a integração também se calhar, não tive tanta oportunidade de perceber como é que funcionavam e mesmo com um estudo em casa, acho que é preciso a prática e fazer muitas vezes (...)”; ES3: “(...) no momento em que eu tive que iniciar os cuidados sozinha, ainda me sentia muito insegura (...) acho que a insegurança também advém daí, do período de integração menos conseguido (...)”; ES5: “(...) Aí é onde veio o stress todo. Porque até ali a gente sentia que tinha assim um bocado as costas protegidas (...) agora tenho que resolver as coisas sozinha e acho que ali é o stress parece que domina (...) sentia-me mais insegura no sentido de, como não conhecia aquelas pessoas, não estava habituada a trabalhar com elas, não sabia se teria o mesmo apoio, aquele conforto de que se eu precisar de alguma coisa posso perguntar sem qualquer problema (...)”.	8
Estratégias facilitadoras	Solicitar ajuda	ES1: “(...) foi pedindo sempre ajuda sempre que necessitava (...) perguntava sempre a alguém como forma de confirmação da minha opinião pessoal (...)”; ES3: “(...) acabei por ter que pedir ajuda a vários colegas (...)”;	3
	Apoio da equipa	ES1: “(...) contar um bocadinho com o trabalho em equipa, porque na altura tínhamos uma equipa muito boa (...) a equipa ajudou muito (...)”;	10

		ES2: “(...) Quem me estava a acompanhar e que fazia parte da minha e também dos colegas posso sempre contar que não tenho, no fundo problemas, em pedir apoio (...) o que me deixava mais calma era saber com quem estava (...)”; ES3: “(...) em certos tipos de doentes tive que pedir apoio a muitos colegas da minha equipa para conseguir ultrapassar toda a insegurança (...) pedi ajuda aos colegas mais velhos até me sentir mais segura, em certos cuidados e em certos doentes (...)”; ES5: “(...) Sentia, que tinha sempre um grande apoio dos colegas que estavam comigo no serviço (...) acho que consegui compensar a falta de tempo e a falta de oportunidades na altura, como o resto com o apoio dos colegas (...) é um esforço de equipa e esta deve ser toda envolvida (...). O facto de serem os elementos da equipa com quem eu estava habituada a trabalhar, também facilitou dado que conhecia as pessoas e sabia que teria também o apoio delas (...)”.	
	Apoio do supervisor	ES5: “(...) o supervisor fazia questão de estar apenas na retaguarda e dizia muitas vezes, eu não estou aqui por forma a que, eu tomasse conta dos doentes (...) apesar de ele estar lá de retaguarda tinha esse apoio (...). Sabia que o meu supervisor também lá estaria, apesar de ter outros doentes, mas acabava por me dar algum conforto (...)”.	3
	Determinação individual	ES1: “(...) Eu tinha a certeza do que tinha para fazer e nunca fazia algo que não tinha a certeza se seria o correto (...)”; ES3: “(...) acho que partiu muito de mim (...) aproveitar as oportunidades que iam surgindo, a montar os dispositivos ou a fazer um procedimento que nunca tinha feito (...) continuei estudo sempre que aparecem situações novas no serviço que eu não tinha a noção ou patologias ou outros procedimentos cirúrgicos (...) vinha para casa e estudava (...)”.	5
Implicação na prestação de cuidados	Segurança	ES1: “(...) quando se passa para um processo mais autónomo, não é a base apenas o exigido, é um bocadinho a segurança no que está a fazer que está mais em causa (...)”; ES2: “(...) Conseguir prestar cuidados com outra segurança, sem receios de estar a fazer algo de muito errado (...)”.	2
	Qualidade	ES2: “(...) tento sempre que alguém no fundo, com mais experiência ou algum dos meus colegas, possa estar comigo em alguns casos, em alguns momentos	2

		do meu dia, para que a qualidade dos serviços seja sempre assegurada, mas pode sempre falhar alguma coisa (...); ES3: "(...) depois do primeiro turno sozinha senti que não tinha prestado um bom trabalho (...)".	
Implicação no desenvolvimento profissional e pessoal	_____	ES1: "(...) Ajudou no desenvolvimento pessoal e profissional (...)"; ES2: "(...) Passado quase um ainda não me sinto completamente à vontade (...) não me sinto totalmente confiante em mim (...) nós temos depois de trabalhar em nós (...) tem de existir muito trabalho individual (...)"; ES3: "(...) cada pessoa tem o seu tempo e eu posso ter que fazer uma integração de 4 meses enquanto outro colega, pode só ter que fazer uma integração de 3 meses ou até menos (...) é necessário dar o tempo ao colega para se sentir confortável a prestar cuidados, tendo em conta o nível de exigência a esperar (...)"; ES5: "(...) no final dos três meses penso que não atingi o objetivo de forma total (...). Acho que depois a gente acaba por chegar lá (...). Acho que a gente ainda não sai completamente pronto, digamos assim, acho que ainda precisamos de muito apoio dos colegas que depois estão a trabalhar connosco no dia a dia (...)".	9

ANEXO VI

**MATRIZ DE ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS
ENFERMEIROS SUPERVISORES CLÍNICOS**

MATRIZ DE ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS ENFERMEIROS SUPERVISORES CLÍNICOS

Domínio: Programa de integração			
Categoria	Subcategoria	Unidades de análise	Frequência de ocorrência
Definição de objetivos	Indefinição	ESC3: "(...) Não houve nada pré-definido (...)"; ESC4: "(...) não tive tanto essa necessidade de no fundo de implementar algum tipo de objetivo (...), acabei por não estipular propriamente objetivos (...), não estipulei propriamente objetivos a curto prazo, até porque a integração dela acabou por ser mais rápida devido ao facto da experiência que tinha (...)".	4
	Supervisor	ESC3: "(...) quando tu inicias um processo desta envergadura tu próprio estabelece alguns objetivos (...), os teus objetivos iniciais no fundo acabam por ser transmitir o máximo de conhecimento possível ao colega (...)".	2
Planeamento do Processo supervisivo	Aleatoriedade	ESC1: "(...) até agora não utilizamos ainda nada como orientação para este processo de integração de elementos (...)"; ESC2: "(...) Não defini etapas propriamente de uma forma isolada (...), não o costume fazer dessa forma e já integrei muitas pessoas (...), vou de acordo com as oportunidades que o serviço me dá (...), vou aproveitando as oportunidades que têm e não tanto como se a pessoa já tem competências para isso ou não (...)"; ESC3: "(...) não estando protocolados no nosso no serviço vou adaptando (...)"; ESC4: "(...) não tive propriamente assim. uma estrutura, digamos assim, uma coisa muito definida (...) nunca foi nada, digamos assim por escrito (...), foi uma coisa sempre falada entre nós e que, como foi correndo bem (...)"; ESC5: "(...), não tinha propriamente um roteiro específico que me orientasse (...)".	10
	Definição pelo supervisor	ESC1: ""(...) inicialmente expliquei, demonstrei e depois, permiti que a colega desenvolvesse qualquer técnica com a minha orientação, sempre depois de me ver a fazer (...), entendo como fundamental este percurso de demonstração e explicação para que a colega consiga pelo menos ter o contato com as coisas e possa expressar as suas dificuldades mesmo antes de as aplicar verdadeiramente (...), em tempos criei uma coisa muito tecnicista (...), eu forneço ao colega e vamos	16

		acompanhando as intervenções, assim a colega acaba por ter também contato e saber o que é esperado, ou mesmo se precisa de investir numa ou em outra área em específico (...); ESC2: “(...) depende um bocadinho da empatia que a gente tem com o elemento que está a ser integrado (...), tento seguir o mesmo plano. Agora noto é que com algumas pessoas, tenho algumas dificuldades que com outras não (...), o que funciona com uns, não funciona com outros (...), começo por aquilo que sei que é mais simples e depois para o mais complexo (...); ESC3: “(...) processos de integração ficam um bocadinho da nossa única responsabilidade (...), fica um bocadinho ao nosso critério (...), já integrei muitas pessoas neste contexto e, vamos aprendendo algumas coisas com o passar dos anos, com as experiências anteriores e com outros processos de integração (...) fazes o estabelecimento de etapas mentalmente (...), quando tu inicias a integração de um colega no serviço estabelece um caminho (...); ESC5: “(...) tive por base a minha própria integração noutros serviços e a integração que tinha feito a outros colegas (...), face à pouca experiência que tinha (...), fui tentando aconselhar com uma outra pessoa que eu tinha como de referência sobre às vezes qual seria o melhor caminho a seguir em todo o processo (...);	
	Definido segundo as necessidades do supervisor	ESC4: “(...) é importante perceber qual é a experiência que neste caso, o colega tem (...), já tinha experiência de intensivos, embora fosse de adultos, e sabemos que é muito diferente, mas havia determinadas bases que ela já tinha e, portanto, acho que nesse sentido facilitou o processo (...), tentando perceber as dificuldades que ela tinha (...), a nível do que era uma dificuldade maior que ela tinha pelo fato de não ser da pediatria (...) acabei por dedicar mais tempo em relação a isso (...), pegar em aspetos que ela não tinha tanto à vontade, ou mesmo dificuldade (...); ESC5: “(...) tentei inicialmente junto da colega saber que conhecimentos é que ela tinha (...), detetar as falhas e depois, centrar no que era preciso colmatar dentro daquilo que eu achava como sendo prioritário (...), trabalhamos um bocadinho a partir daí (...)”.	9
Duração do período de Integração	Definido pelo gestor	ESC3: “(...) é um timing que não é estabelecido por nós (...), é um timing que é estipulado pela chefia e organização (...), um peso organizacional muito grande sobre isso e que não têm muito em conta a nossa opinião (...)”.	3

	Orientado para as necessidades da organização	ESC2: “(...) não tens tempo muitas vezes para explicar ao colega ou porque é explicado num clima de muito stress e muita confusão e que também não é suficiente para o colega aprender (...), podes não ter oportunidades de explicar porque o serviço pode ter por um período significativo poucas situações e as oportunidades vão ser também poucas para o colega aprender (...), muitas vezes temos de dar tempo às pessoas e isso não acontece em certas alturas ou não nos é dado esse tempo (...)”; ESC5: “(...) percebo que o tempo de integração no serviço tem que existir, é uma questão de gestão de recursos humanos (...), deveria ter que existir esta flexibilidade em ajustar-se tempos, dado que as pessoas têm muitas vezes necessidades diferentes (...), tem de ser uma decisão equilibrada entre a necessidade do serviço, a pessoa que temos a integrar e a percepção que vamos tendo no decorrer do processo (...)”.	6
Avaliação do processo de Integração	Avaliação do supervisor	ESC1: “(...) eu tenho que avaliar (...), preciso de perceber até para corrigir alguma coisa que eu esteja a necessitar de melhorar (...), se eu não avaliar, nunca vou saber se aquilo que eu estive a explicar, a demonstrar e até a executar, com ajuda ou sem ajuda foi adquirido pelo colega (...), preciso de avaliar para perceber se já está autónomo ou não (...), eu não consigo perceber se posso avançar para a fase seguinte se não avaliar (...)”; ESC3: “(...) transmissão de saberes (...), uma avaliação e visualização da prática de cuidados (...), não há qualquer outro tipo de avaliação se não a prática de cuidados (...), avaliação depende única e simplesmente de mim, da minha perspetiva (...), eu considero mesmo como estrutural e fundamental essa questão da avaliação para o processo de integração (...)”; ESC4: “(...) tenho sempre o cuidado de fazer ao longo do processo (...), não te vou dizer que é ao fim do primeiro mês ou mês e meio, vou fazendo isso ao longo do processo de integração (...)”.	12
	Operacionalização da avaliação	ESC1: “(...) a avaliação é sempre algo que pode causar algum constrangimento e muitos não gostam de serem postos em causa (...), uma das estratégias que se pode usar para avaliação e não dizeres que estás a avaliar (...), sempre de uma forma mais informal, vou vendo como é que ela faz e vou fazendo um juízo de valor, se está autónoma ou não (...)”;	6

		ESC3: "(...) a avaliação segue os critérios que tu próprio estabelece, podendo estar corretos ou não para avaliares a pessoa (...), és tu próprio que estabelece os critérios e isto é perante a tua perspetiva e os teus próprios critérios (...), não tens nada de concreto definido para essa avaliação (...)".	
	Orientado para as competências e características do supervisor	ESC2: "(...) seria útil ver discutir quais as competências que os elementos têm que ter para dar início à sua atividade de forma autónoma nos intensivos e depois, criar um plano para a aquisição dessas competências (...), importante ir estabelecendo metas, porque senão também a pessoa pode estar infinitamente em integração (...)".	2
Barreiras à Integração	Inexistência de um plano estruturado	ESC1: "(...) se existisse um plano, todos seguíamos o mesmo plano (...), havendo um plano, as coisas eram mais fáceis para ambos (...) com momentos de discussão, estabelecer metas, discutir o que é que aconteceu, se a pessoa já se sente à vontade para avançar (...), tem que se criar um plano bem estruturado (...), um plano que seja conhecido por ambas as partes (...), para o supervisor seria importante ter um documento que poderia seguir (...)"; ESC2: "(...) deveríamos ter outro tipo de orientação (...) algo mais concreto no qual a gente se pudesse basear e pelo qual pudéssemos fazer esta integração, de uma forma mais efetiva, provavelmente mais correta face às características das pessoas que também estamos a integrar (...)"; ESC3: "(...) acho que deveríamos ter algo de mais concreto, algo mais palpável (...). Um plano estruturado para referência (...), esse guia deveria conter todas as etapas que farão parte deste processo (...), um plano facilitaria e muito todo este processo (...)"; ESC4: "(...) não termos propriamente uma estrutura definida no nosso serviço, levando a que cada supervisor desenvolva o processo à sua maneira (...), pode inclusive criar alguns problemas quando esse colega está ausente, e quando temos nós de acompanhar o supervisorado (...), sem um plano torna-se difícil dar continuidade ao processo de integração (...), não havendo um processo estruturado torna-se complicado por vezes dar uma continuidade (...)". ESC5: "(...) tem de existir uma base idêntica para todos e depois, claro que tem de ser adaptada e reajustada face às circunstâncias pessoais, às experiências anteriores e, face ao que vai acontecendo, das experiências e oportunidades ao longo da integração (...), a questão de haver um roteiro, acho que é uma questão	20

		de uniformizar um bocadinho aquilo que é expectável de base (...), uma <i>check-list</i> naquela de dar uma olhadela, abordar este tema ou aquele, confirmar mesmo se tenho mais algum assunto a abordar e que tenha escapado (...), se existissem protocolos do serviço mais organizados também ajudava os colegas que chegam a se integrarem (...), uma ferramenta de informação que lhes permite também de forma rápida o colmatar de algumas falhas que tenho (...).	
	Falta de <i>feedback</i> formal	ESC2: "(...) fazem falta momentos de discussão (...), momentos no fundo para saber em que é que a pessoa tem dificuldades e os aspetos é que ainda têm necessidade de maior investimento (...) seria benéfico poder existir momentos para perceber as dificuldades que sente ou sentiu, das dúvidas, das possíveis questões face a algum assunto (...), possibilidade de criar maior interação entre os dois elementos (...); ESC4: "(...) não é feito um ponto da situação, uma avaliação de como está a decorrer o processo ou mesmo da necessidade de possíveis alterações (...), somos avisados em cima que a partir de determinada data o elemento vai começar a contar e nada mais (...).	6
	Sobrecarga de trabalho	ESC1: "(...) Acho que podia-se começar pela carga de trabalho (...), uma redução da carga de trabalho do supervisor (...), quando tu estás com um processo de integração de pares, que isso exige muito mais de ti, deves dedicar tempo para isso e que muitas vezes é impossível porque tens os teus doentes atribuídos e que precisam que lhes seja prestado o cuidado necessário e muitas vezes urgente (...), deixas de ter tempo para poder explicar com calma muitas vezes ao supervisionado determinados conceitos ou procedimentos, muitas vezes em tempo útil (...); ESC2: "(...) poderia ser mais valorizado todo o trabalho associado à integração (...), cada vez mais estamos a ter pessoas a serem integradas, mas parece que as pessoas também mudam mais vezes ou estão sempre a mudar de serviço (...), as coisas vão depender muito da gestão diária que é feita (...), às vezes as pessoas criticam muito os mais novos, mas a carga de trabalho é tão alta que é impossível uma distribuição mais leve em determinados momentos (...).	8
	Falta de formação do supervisor	ESC3: "(...) deveria existir uma preocupação na formação de enfermeiros para fazer este tipo de integração e de supervisão relativamente aos colegas que estamos a integrar (...).	1

Domínio: Relação supervisa			
Categoria	Subcategoria	Unidades de análise	Frequência de ocorrência
Características do supervisor	Comunicação / Relação	ESC3: “(...) é extremamente importante da nossa prática estabelecer uma relação com os nossos parceiros, com os nossos pares (...); ESC4: “(...) a estratégia passa mesmo por a gente conseguir ter um bom diálogo e em que do outro lado, a gente percebe que a pessoa consegue expor as suas dúvidas, está à vontade para tirar dúvidas (...).”	2
	Disponibilidade	ESC4: “(...) se tu não colcares a pessoa à vontade, tirar as dúvidas que tem para colocar, as questões que tenha e ter aquela abordagem mais ríspida, de às vezes não deixar fazer as coisas, o processo já não vai correr bem (...), a forma como tu primeiro recebes o colega, a forma como tu te apresentas, a forma como tu acolhes vai interferir com todo o processo (...);	2
	Interesse	ESC2: “(...) Depende de nós também que estamos a integrar (...) acho que o papel principal deve ser sempre de quem está a integrar, este deve assumir como sendo o mais importante (...), a pessoa que está a integrar ter a preocupação de integrar bem, em que a pessoa realmente esteja bem integrada, mas também tem que haver vontade para o fazer (...); ESC4: “(...) precisamos de ter a capacidade e sentir que é boa altura para intervir num processo de integração (...);	4
	Empatia	ESC1: “(...) é fundamental até mesmo para cativar as pessoas a ficarem no serviço receber bem e tentar sem simpáticos (...); ESC3: “(...) uma boa relação de empatia com a pessoa que está a ser integrada é fundamental (...); ESC4: “(...) temos de tentar cativar desde o início o interesse do colega (...), o facto de sermos bem acolhidos, bem recebidos logo de início, acho que faz toda a diferença para o desenrolar do processo de uma forma correta (...).”	4
	Competências	ESC3: “(...) aquele que certamente tem o papel mais importante em todo o processo (...);	3

		ESC5: "(...) o supervisor tem um papel principal (...), aquela figura de referência que o colega tem no serviço (...)".	
Características do Supervisado	Disponibilidade para aprender	ESC1: "(...) Não vou conseguir chegar ao fim da integração se o supervisado não estiver disponível para aprender, de ser integrado (...), se não estiver disponível não adianta nada apesar de eu poder fazer de tudo ou utilizar as mais variadas estratégias (...)"; ESC2: "(...) a minha experiência mostra-me que quanto mais experiente é a pessoa, mais dificuldade eu tenho a integrar (...), quanto menos experiência a pessoa tem, mais fácil é para mim integrar, é mais receptiva (...), pessoa que tem experiência quer sempre seguir a experiência que tem, não mudar para o contexto de cuidados intensivos (...), foi muito mais fácil integrar elementos que vêm com pouca experiência ou mesmo com nenhuma experiência em relação a quem já tem alguma experiência (...)"; ESC3: "(...) saberem aceitar a crítica (...) as pessoas têm de saber aceitar a crítica dos supervisores, de quem está a tentar ensinar, no fundo de quem está a avaliar a sua prática, o seu desenvolvimento e o seu conhecimento (...)"; ESC4: "(...) querer em aprender (...), uma pessoa que vem com vontade, que quer aprender, que coloca questões, isso também facilita imenso o processo de parte a parte (...)"; ESC5: "(...) uma pessoa também disponível e acessível para aprender (...)".	11
	Interesse	ESC1: "(...) alguns pegam e olham para a folha, mas não querem saber, atiram com ela para o cacifo e nunca mais olham ou se orientam por ela (...)"; ESC2: "(...) ter o à vontade em poder questionar sempre que tem dúvidas, (...), assumir a vontade de aprender (...), muitas vezes a culpa não é só do supervisor, pode ser do supervisado da falta de interesse ou vontade (...), depende também muito do colega que está a ser integrado (...)"; ESC3: "(...) interesse da pessoa que estamos a integrar (...), uma pessoa que seja interessada, que seja dedicada, minimamente dedicada, são tudo aspetos importantes e que nos facilitam também o nosso trabalho de integração (...), há colegas que muitas das vezes nos entram no serviço e que nos dizem logo que este contexto não é para elas, que não gostam e que não é aquilo que tencionam	16

		fazer, que foram ali parar, mas a intensão será sair mal possam para outro contexto (...) preocupação em adquirir o máximo de conhecimento possível (...); ESC4: “(...) sempre colocou todas as dúvidas que eram pertinentes e que ela tinha (...) a pessoa se mostrar interesse tenta querer saber cada vez mais (...), se alguém que tem um caderninho e tira notas, percebes logo que é uma pessoa que tem interesse em aprender (...), é importante que a pessoa demonstre sempre estar interessado (...); ESC5: “(...) tem que se mostrar interessado em todo este processo (...), não o devemos substituir na atitude e no interesse, tem de estar inerente na pessoa (...), nós enquanto supervisores podemos ir criando as oportunidades para que as coisas possam acontecer, mas não fazemos nada se não houver aquele interesse da pessoa (...).”	
	Responsabilidade	ESC1: “(...) deve assumir a responsabilidade enquanto profissional perante o doente e restante equipa (...); ESC2: “(...) o que é que eu mais aprecio, é a responsabilidade da pessoa (...); ESC3: “(...) O processo é dele e é ele que tem de desenvolver o conhecimento e competência, apesar de depender em muito da forma como o supervisor o consegue transmitir (...), ele tem a responsabilidade no seu processo de integração (...); ESC4: “(...) pessoa com muito sentido de responsabilidade (...); ESC5: “(...) tenha um sentido de grande responsabilidade (...), tem de se mostrar responsável (...);	7
	Motivação	ESC1: “(...) a motivação pessoal também é muito importante (...), a pessoa tem de se sentir motivada para o processo (...).”	2
Estilo de supervisão	Diretiva	ESC1: “(...) sempre depois de me ver a fazer (...); ESC3: “(...) a transmitir a minha experiência, todo o meu saber da melhor maneira que me é possível (...).”	2
	Colaborativa	ESC1: “(...) não consegues não fazer desaparecer as competências que a pessoa tem porque foram adquiridas (...), o que ele já adquiriu é de valorizar e de trabalhar em cima (...), eu agora não vou pegar num colega e anular tudo o que	4

Estratégias de supervisivas		ele sabe, fazê-lo esquecer tudo o que aprendeu durante o tempo e experiência anterior (...), vou pegar na experiência que ele tem e vou trabalhar com isso para o restante processo (...).	
	Demonstração	ESC1: "(...) eles primeiro verem como é que se faz (...), sempre com uma demonstração (...), demonstrar e explicar numa primeira fase (...); ESC4: "(...) tentava explicar e demonstrar (...); ESC5: "(...) tentar primeiro explicar-lhe e demonstrar algumas coisas básicas de procedimentos mais comuns (...), demonstrar o perfil mais habitual do utente da unidade onde estamos a trabalhar (...), aproveitar e observar as oportunidades de todos os doentes mesmo não sendo aqueles que temos atribuídos (...).	6
	Experimentação	ESC1: "(...) a seguir permitir que ela fizesse com a minha orientação direta (...).	1
	Feedback	ESC1: "(...) corrigir qualquer coisa que estivesse menos bem (...), refletimos as duas em conjunto sobre o que é que poderá ainda melhorar fazer (...), ter uma conversa franca com supervisorado (...), tentar perceber, auscultar as suas dificuldades e dar a minha opinião (...); ESC3: "(...) termos algum <i>feedback</i> de como é que a pessoa está a encarar esta forma de ser integrada, no fundo a opinião deste processo (...); ESC4: "(...) tenho sempre o cuidado de ir perguntando (...), tive sempre o cuidado de ir perguntando, como é que ela se estava a sentir em relação ao processo de integração e qual era a opinião dela em relação a mim enquanto supervisor (...), se ela achava que precisava de algo mais e se ela achava que estava a fazer o meu papel (...), se, aquilo que eu lhe estava a transmitir era o suficiente ou não (...), se ela precisava de tirar mais dúvidas em relação a alguma área, algum aspeto que ela achasse mais fundamental (...); ESC5: "(...) ir conversando um bocadinho com ela sobre o que é que ela achava que já tinha conseguido desenvolver, sobre as inseguranças que ainda tinha num determinado aspeto, no fundo para tentarmos colmatar (...), tentar dar o meu feedback, tentando alertar para aspetos que precisa de melhorar, praticar ou pelo contrário, também dar os parabéns pelos outros que entendo terem melhorado ou estão bastante bem (...).	11

	Reflexão	ESC3: “(...) no final desta última integração que nós fizemos, às vezes havia pequenas pontos de reflexão, quase no final de cada turno (...), reflexão sobre o que é que houve de menos bom, o que é que houve de muito positivo (...), as reflexões parcelares são fundamentais e são fulcrais para o processo de integração (...); ESC4: “(...) estratégia é sempre deixar que a pessoa consiga elaborar o plano para aquele dia de trabalho, para aquele turno e deixar que a pessoa também consiga pensar por ela, quais são as prioridades, as necessidades do doente, o que pode ser ou não mais urgente (...); ESC5: “(...) uma pessoa ali não está só passar os números para o computador, isso não adianta de nada ou sabemos interpretar aquilo que estamos a ver consoante o doente que temos, ou então não estamos a fazer um bom trabalho, não estamos a vigiar em condições (...).”	5
	Apoio	ESC1: “(...) eu explico e demonstro as vezes que eu achar que a colega necessita, ela verbaliza-me se aprendeu ou se não aprendeu (...); ESC3: “(...) tentar aligeirar as coisas mais complexas de alguma forma para assim poder tirar um pouco aquele medo que era uma constante (...), tentar tirar aquela pressão em estar a ser integrada (...), tentava aligeirar sempre que existia um pequeno erro (...), sabia que determinadas coisas já estavam adquiridas, mas naquele momento possa ter existido uma falha motivado pelo medo e era preciso um apoio diferente (...), sem dar por vezes demasiada importância relativamente a pequenas situações que possam ter ocorrido é importante prestar sempre aquele apoio (...); ESC4: “(...) a equipa multidisciplinar tem também um papel importante no apoio em todo o processo de integração (...) a colega tem obrigatoriamente de ser integrada, acolhida e apoiada pela equipa (...) corrigir os erros e apoiar nas dificuldades que vamos observando, ajuda a que eles se vão ajustando e perceberem aquilo que também têm de melhorar (...).”	9
	Suporte	ESC1: “(...) alguém estará sempre disponível para colaborar na equipa (...); ESC3: “(...) vais sempre fazendo este acompanhamento e uma avaliação contínua da pessoa e, quando decorrem pontos menos positivos, tu vais sempre	6

		tentar corrigi-los (...), vais sempre tentar fazer com que eles sejam colmatados ou corrigidos e para isso temos de ser aquele suporte (...); ESC5: "(...) a gestão de emoções e stress vai ter de ser trabalhado de forma diferente (...), a pessoa pode nos primeiros momentos ter uma dificuldade diferente de outras e isso, obrigar a uma readaptação e não quer dizer que depois não consiga, mas vai interferir na fase inicial (...), enquanto supervisores não são apenas os aspetos técnicos e práticos que temos de trabalhar durante o processo de integração, existem outros aspetos a trabalhar nomeadamente a componente afetiva (...)"	
--	--	--	--

Domínio: Autonomia na prestação de cuidados			
Categoria	Subcategoria	Unidades de análise	Frequência de ocorrência
Estratégias facilitadoras	Aumento gradual da complexidade dos cuidados	ESC2: "(...) acho que se a pessoa que está há menos tempo tem de ir adquirindo destreza, mas não com os doentes mais complicados (...), a distribuição de doentes deve permitir ir aumentando a dificuldade dos doentes à medida que vai estando na unidade (...) não podemos considerar um doente complexo e depois acabamos por também colocar um colega mais novo a cuidar desse mesmo doente (...)";	3
Implicação na prestação de cuidados	Segurança	ESC2: "(...) se a pessoa não adquiriu determinados conhecimentos importantes para este contexto, pode colocar em risco a segurança do doente (...), em determinados momentos a carga de trabalho será mais elevada e não vais conseguir ter tempo para o apoiar nas possíveis dificuldades (...) se tiver dificuldades ou falta de conhecimento, ele não vai conseguir dar resposta às necessidades ou dar uma resposta atempadamente ao doente (...), o risco de até haver um erro grave será certamente maior quando os colegas tiveram problemas na integração (...)".	4
	Qualidade	ESC1: "(...) se não sentir os resultados da minha intervenção no doente, se sentir que é preciso vir o colega para resolver alguma coisa que não consegues fazer, que passas o turno e ficaram coisas básicas por fazer, que falharam ou que não conseguiste dar resposta, comesas a sentir que é melhor abandonar (...), o colega tem de sentir que a sua intervenção foi de encontro com a qualidade que é esperada para este contexto (...)"; ESC2: "(...) além de prestar cuidados sem qualidade como muitas vezes vemos, prestam cuidados mínimos sem qualquer outra preocupação (...)".	3
Implicação no desenvolvimento profissional e pessoal	_____	ESC3: "(...) o processo de integração tem um impacto enorme para o futuro do profissional (...), muitas das vezes é ele que vai determinar até a forma como vai encarar o futuro, a sua própria autonomia (...)".	2