

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado de Supervisão Clínica em Enfermagem

Supervisão Clínica de Pares:
Práticas Supervisivas no desenvolvimento de
competências na integração de novos enfermeiros

Clinical Supervision Pairs: supervisory practices in skills
development in the integration of new nurses

...

Dissertação de Mestrado

Dissertação Académica orientada pela
Prof (a) Doutora Olga Maria Freitas Simões
de Oliveira Fernandes

Rui Miguel Pereira Gonçalves

Porto, 2013

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que são parte integrante da minha vida... pelo apoio incondicional em todas as horas...

À Professora Doutora Olga Fernandes, orientadora deste trabalho, pelo esforço, paciência e profissionalismo e pela capacidade em me fazer acreditar nas minhas potencialidades.

À Enfermeira Conceição Sousa, chefe da equipa de enfermagem do serviço de urgência onde exerço funções, pelo esforço na compatibilização dos horários com o processo formativo.

Aos enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço de urgência, que aceitaram participar neste trabalho e partilhar alguma da sua sensibilidade.

Aos amigos que se envolveram pessoalmente na elaboração deste trabalho.

A todos, muito obrigado. São parte deste percurso!

SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

DoH – *Department of Health*

DPT – Desenvolvimento Profissional Tutelado

EPT – Exercício Profissional Tutelado

EUA – Estados Unidos da América

FR (%) – Frequência relativa em percentagem

ICN – *International Council Nursing*

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional

NHS – *National Health Service*

NMC – *Nursing and Midwifery Council*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SU - Serviço de Urgência

UKCC - *United Kingdom Central Council for Nursing*

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 0- INTRODUÇÃO | 13 |
| PARTE I SUPERVISÃO CLÍNICA E O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL | 17 |
| 1- SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM | 19 |
| 1.1- Natureza e Conceitos da Supervisão Clínica em Enfermagem | 19 |
| 1.2- Modelos de Supervisão Clínica | 25 |
| 1.3- Práticas Supervisivas em Enfermagem | 29 |
| 1.4- Tipos de Supervisão | 35 |
| 1.5- Competências do Supervisor Clínico | 39 |
| 2- INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL | 45 |
| 2.1- Processo de Integração de Enfermeiros | 45 |
| 3- EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM | 53 |
| 3.1- Exercício Profissional de Enfermagem | 53 |
| 3.1.1- <i>Prática Profissional em Contexto de Urgência Hospitalar</i> | 56 |
| 3.2- Desenvolvimento de Competências | 60 |
| 3.3- Desenvolvimento Profissional e Governança Clínica | 66 |
| PARTE II ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO | 71 |
| 1- METODOLOGIA | 73 |
| 1.1- Contexto de Trabalho e de Estudo | 73 |
| 1.2- Tipo de Estudo | 77 |
| 1.3- Questões de Investigação | 79 |

| | |
|--|-----|
| 1.4- Finalidade e Objetivos do Estudo ----- | 80 |
| 1.5- População e Amostra ----- | 81 |
| 1.6- O <i>Focus Group</i> - Método de Recolha de Dados ----- | 85 |
| 1.6.1- A <i>Entrevista de Grupo</i> ----- | 87 |
| | |
| 2- ANÁLISE DE DADOS ----- | 89 |
| | |
| 3- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS ----- | 93 |
| | |
| 4- CONCLUSÕES AO ESTUDO ----- | 105 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ----- | 111 |
| | |
| ANEXOS ----- | 123 |
| | |
| Anexo I: Cronograma da Investigação ----- | 125 |
| | |
| Anexo II: Caracterização da amostra ----- | 127 |
| | |
| Anexo III: Autorização para a execução do estudo ----- | 129 |
| | |
| Anexo IV: Consentimento Informado dos participantes ----- | 133 |
| | |
| Anexo V: Guião da entrevista de grupo ----- | 135 |
| | |
| Anexo VI: Categorização dos dados ----- | 141 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA 1: Funções do Modelo de Proctor ----- | 26 |
| FIGURA 2: Competências do supervisor clínico ----- | 44 |
| FIGURA 3: Dimensões do processo de desenvolvimento de competências | 61 |
| FIGURA 4: Domínios do desenvolvimento de competências ----- | 63 |
| FIGURA 5: Modelo de Desenvolvimento Profissional ----- | 66 |
| FIGURA 6: Componentes da Governação Clínica ----- | 68 |
| FIGURA 7: Planta do Serviço ----- | 76 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| QUADRO 1: Modelo do processo de Supervisão Clínica de Nicklin ----- | 27 |
| QUADRO 2: Caracterização da amostra de enfermeiros quanto ao Género ----- | 81 |
| QUADRO 3: Caracterização da amostra de enfermeiros quanto à Idade | 82 |
| QUADRO 4: Caracterização da amostra de enfermeiros quanto ao tempo de exercício profissional ----- | 82 |
| QUADRO 5: Caracterização da amostra de enfermeiros quanto ao tempo de exercício profissional no SU ----- | 83 |
| QUADRO 6: Caracterização da amostra de enfermeiros quanto ao tempo de exercício como Supervisor ----- | 83 |

| | |
|--|----|
| QUADRO 7: Caracterização da amostra dos enfermeiros quanto ao grau acadêmico e formação profissional ----- | 84 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| QUADRO 8: Questões do <i>Focus Group</i> ----- | 88 |
|--|----|

RESUMO

A Supervisão Clínica é descrita como processo formal de acompanhamento da prática profissional por supervisores enfermeiros, indicados para o processo, um modelo com inúmeros objetivos e resultados, mas, em todos eles, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através da reflexão e análise das práticas.

Em Portugal tem sido uma preocupação, quer da academia, quer da associação profissional (OE), criar um modelo de Supervisão Clínica com vista ao desenvolvimento profissional e disciplinar via certificação das competências. Contudo, as práticas supervisivas com vista à integração de novos enfermeiros nos serviços, são antigas, introduzidas anteriormente à Supervisão Clínica e a sua compreensão poderá ser uma base para novos modelos e para a ancoragem de práticas supervisivas inovadoras e potenciadoras do desenvolvimento profissional e da governação clínica. Também não existem estudos no país que analisem esse processo. A necessidade de compreendermos o modelo em uso, na perspetiva dos enfermeiros de um serviço de urgência, de um Hospital, motivou-nos para este estudo.

Tendo em conta o objeto de análise, a opção metodológica orientou-se para uma abordagem qualitativa de natureza exploratório-descritiva. Decidiu-se utilizar o *Focus Group* pela sua rapidez na recolha de dados e concordância dos participantes, obtida durante a discussão da problemática. A amostra foi constituída por 10 enfermeiros do serviço, integradores de novos enfermeiros, selecionados segundo critérios definidos.

Os resultados permitiram compreender “como se faz a integração de novos enfermeiros no SU deste hospital”. Com um discurso conceptual longe das características descritas pela bibliografia acerca de Supervisão Clínica, competência, desenvolvimento de competências, ou mesmo práticas supervisivas, os conceitos emergiram enquadrados, pela diferente cultura académica, profissional e organizacional dos intervenientes no estudo.

No SU, “*integrar o novo enfermeiro*” significa ajudá-lo a adaptar-se à equipa, às rotinas profissionais, às normas e aos procedimentos na instituição. As práticas supervisivas caracterizam-se por acompanhar de forma empática o novo profissional no serviço, sendo que os objetivos neste processo não são explícitos para os diferentes intervenientes e o modelo de supervisão é difuso. Isto porque, na ausência de orientações determinantes ao processo, cada enfermeiro tem o seu

próprio objetivo e modelo de supervisão quando acompanha e integra outro colega enfermeiro no serviço.

As implicações desta investigação, tendo em conta os depoimentos dos participantes e a importância atribuída à Supervisão Clínica nos estudos consultados, tenderá a propor a introdução na instituição de uma dinâmica supervisiva formal, com supervisores selecionados segundo um perfil definido e um modelo de Supervisão Clínica que importe à profissão e à obtenção de melhores indicadores de saúde para o serviço de urgência/instituição.

Palavras-chave: supervisão clínica, serviço de urgência, qualidade de cuidados, competências, práticas supervisivas

ABSTRACT

Clinical Supervision could be described as a formal process of monitoring professional practice, by Nurse Supervisors who are specifically assigned for the process. That process is a model with several objectives and results that value the protection of the person and the safety of care through reflection and the analysis of practices.

The creation of a Clinical Supervision model for the professional and training development via the certification of skills has been a concern in Portugal, namely of the academy, and of the professional association (OE). However, the supervision practices for the purpose of integrating new nurses in the services are dated, as they were introduced prior to Clinical Supervisor, which understanding may be a basis for new models and to build foundations for innovating supervising practices which potentiate professional development and clinical governance. Additionally, there are no studies in Portugal where that process is analyzed. The need to understand the model in use, in the perspective of the nurses of emergency services at a Hospital, was our motivation behind this study.

Considering the object of analysis, we oriented the methodological option towards a qualitative approach of exploratory-descriptive nature. We decided to use the Focus Group because it was quick to collect data and the participants were in agreement during the problem's discussion. The sample included 10 service nurses, nurses in charge of integrating new nurses, who were selected according to defined criteria.

Following the results, we understood "how to integrate new nurses in the emergency services of this hospital". With a conceptual discourse, far from the features described in the reference on Clinical Supervision, skill, development of skills, or even supervision skills, concepts emerged in the context of the different academic, professional and organizational culture of the study's participants.

"Integrating a new nurse at the emergency services" means to help that nurse to adapt to the facility's professional routines, rules and procedures. Supervising practices are characterized by following in an empathic manner the new professional in his/her service. Objectives in this process are not explicit for the different intervenient and the supervision model is imprecise. This is because, when there are no determining orientations for the process, each nurse has his/her own

aim and supervision model when accompanying and integrating another nurse colleague in the services.

Considering the participants' testimonies and the importance given to Clinical Supervision in the referenced literature, this research implies, the proposal of the introduction of formal supervising dynamics at the facility, with supervisors who have been selected according to a defined profile and a Clinical Supervision model that is relevant to the field and to attain the best health indicators for the emergency services/facility.

Keywords: clinical supervision, emergency services, quality of care, skills, supervising practices

0 – INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, ano lectivo 2011/2012, e constitui o foco de atenção da unidade curricular Dissertação.

A temática central deste estudo é a Supervisão Clínica em Enfermagem, com um enfoque particular no desenvolvimento de competências na Supervisão Clínica de pares, esplanada na compreensão do fenómeno “processo de integração de novos enfermeiros num serviço de urgência de um hospital do país”.

Nos dias de hoje, em matéria de cuidados de saúde, reconhece-se progressivamente a tomada de consciência sobre a qualidade e a excelência, dando-se por isso, um importante significado, a nível europeu, à Supervisão Clínica em Enfermagem. Admite-se que a qualidade dos cuidados de saúde não se encontra única e exclusivamente dependente do avanço da tecnologia, mas também da evolução do sistema humano, do cumprimento de critérios estabelecidos e da responsabilização, assim como das relações interpessoais entre os diversos atores sociais.

Neste sentido, a pertinência deste estudo reside no pressuposto de que, tal como é reconhecido pela literatura, a Supervisão Clínica pode desempenhar um papel crucial no desenvolvimento profissional de habilidades e competências, no crescimento e autonomia.

Assim, poderemos entender a Supervisão Clínica de pares como um mecanismo de apoio para a prática profissional, dentro do qual os profissionais podem partilhar experiências clínicas, organizacionais, emocionais e de desenvolvimento, num ambiente seguro, a fim de reforçar os conhecimentos e habilidades, em suma, a competência profissional. O conceito utilizado no âmbito da formação graduada, formação pós-graduada e no decurso da experiência profissional dos enfermeiros, refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado.

De facto, os estudos reconhecem que a Supervisão Clínica pode ser a chave para a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional, na medida em que confere suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais.

Relacionado com toda esta complexidade, a Supervisão Clínica tem sido cada vez mais recomendada, uma vez que é um meio de suporte para a prática profissional.

Deste modo, o incentivo no investimento oficial na Supervisão Clínica em Enfermagem, tendo em conta a própria responsabilidade profissional, (tal como se efetuou no Reino Unido) seria sinónimo de que a enfermagem acredita na mudança centrada no próprio cidadão, assim como na incrementação da capacidade de cuidar com qualidade, através de um olhar sobre si mesma (Abreu, 2002).

O que nos sensibilizou para este estudo foi o facto de observarmos que, enquanto membros de uma Equipa de um Serviço de Urgência de uma Unidade Hospitalar, acabámos por concluir que, tal como referem Vaz e Catita (2000), a função dos enfermeiros do serviço passa por ajudar os colegas recém-admitidos a atingir: domínio alargado e aprofundado dos saberes de enfermagem; grande capacidade para lidar com o imprevisto; capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente; destreza manual e rapidez na ação; autocontrolo emocional para fazer face a situações de grande tensão; grande facilidade de comunicação tendo em vista o trabalho em equipa e a articulação com os restantes sectores do hospital. Do mesmo modo, e segundo Oliveira (1999), concluímos que o desempenho do enfermeiro neste ambiente requer um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e de especialidades e uma diversidade de conhecimentos: de doentes e de processos fisiopatológicos de doença, de inovações tecnológicas mais recentes, de equipamento de monitorização e de tratamento; além de que, os cuidados numa situação de urgência exigem rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica, sendo que o enfermeiro necessita atingir o mais alto patamar de comunicação, relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, e aplicá-los na prática profissional.

Para se conseguir então alcançar esta meta poderá ser primordial a Supervisão Clínica, pois esta tem o potencial de contribuir para o desenvolvimento de uma força de trabalho mais articulada e mais capaz, mais experiente e eficaz, contribuindo positivamente para os objetivos organizacionais (UKCC, 1996, Hyrkäs, 2005, White e Winstanley 2010).

Neste contexto, a escolha do tema sobre o qual nos propomos realizar a nossa investigação prende-se com alguma motivação de índole pessoal, que está intimamente relacionada com todo um percurso profissional que nos presenteou com a possibilidade de sermos responsáveis pela Supervisão Clínica de Enfermagem, o que nos proporcionou vivências ímpares.

Deste modo e tal como já foi referido, no âmbito do Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, propomo-nos fazer esta investigação, que se intitula: **“Supervisão Clínica de Pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros”**.

O presente trabalho foi desenvolvido no horizonte temporal de Janeiro de 2012 a Julho de 2013 e decorreu num Hospital regional da região Norte do país.

Subjacente a todas as nossas preocupações na elaboração deste trabalho, estiveram as questões teóricas relativas à disciplina de enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, além do reconhecimento de que a prática da investigação, constitui uma importante fonte de conhecimento fiável de interesse para outros domínios de relevo para a enfermagem, como sejam, a educação, a administração e a informática (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Tendo em conta o tema do estudo, consideramos pertinente avançar com as seguintes questões de investigação: “Como é que é realizada a integração de novos enfermeiros no SU? Que competências são valorizadas pelos enfermeiros para a realização do papel, *integração de novos enfermeiros no serviço?*”

Em termos de objetivos, pretendemos com este trabalho:

1. Identificar um suporte teórico argumentativo sobre a necessidade/importância de modelos de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, com recurso a práticas de Supervisão Clínica; para tal recorreremos a uma revisão de literatura;
2. Conhecer o conceito de processo de integração;
3. Perceber as competências que os enfermeiros que realizam o processo de integração no SU põem em prática e querem desenvolver nos seus supervisados;
4. Conhecer as competências supervisivas que os enfermeiros que realizam a supervisão mais valorizam no processo de integração;
5. Perceber quais as práticas supervisivas mais valorizadas pelos enfermeiros do SU no processo de integração de novos enfermeiros;

Em segunda instância pretende-se, a partir do conteúdo informacional emergente, desenvolver um suporte teórico de argumento da necessidade de

implementação de novas estratégias de melhoria da qualidade, através de práticas de Supervisão Clínica, junto dos órgãos de gestão da instituição onde se desenvolve o estudo.

Pretende-se, também, que este estudo contribua para a orientação de pesquisas futuras no âmbito da supervisão das práticas clínicas, em prol da qualidade em saúde.

Paralelamente aos objetivos “*major*” deste trabalho, e supra-enunciados, constituem objetivos adicionais, situados no percurso pessoal de investigação, o desenvolvimento de competências de investigação em enfermagem e de juízo crítico sobre a investigação científica.

Quanto à estrutura, este trabalho encontra-se organizado em duas partes distintas mas interligadas, designadas respectivamente: Supervisão Clínica e o Processo de Integração Profissional e Enquadramento Metodológico.

Na primeira parte, dividida em três capítulos, desenvolve-se o enquadramento teórico de acordo com a problemática do estudo; este enquadramento teórico surge de uma análise da literatura, que se crê exaustiva, sobre a temática em questão. No primeiro capítulo abordaremos a natureza e conceitos da Supervisão Clínica, os modelos de Supervisão e as práticas supervisivas em enfermagem, bem como os tipos de Supervisão e as diferentes competências do supervisor clínico. No segundo capítulo debruçar-nos-emos sobre a Integração Profissional. Por último, abordaremos o Exercício Profissional da Enfermagem, destacando a Prática Profissional no contexto de Urgência Hospitalar, bem como o Desenvolvimento de Competências e o papel da Governação Clínica no desenvolvimento profissional.

A segunda parte reporta-se à metodologia geral de investigação e ao trabalho empírico, à apresentação, análise e discussão dos dados, bem como às principais conclusões do estudo e referências bibliográficas que sustentam todo o trabalho do ponto de vista teórico. No capítulo da metodologia faremos referência ao contexto de trabalho e tipo de estudo, às questões de investigação, à finalidade e objetivos do estudo e abordaremos o *Focus Group* como método de recolha de dados. Após recolha e seleção dos dados mais pertinentes, procedemos à sua organização, integração, análise, interpretação dos dados, e apresentação dos resultados. Segue-se a apresentação das principais conclusões e uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento do trabalho de investigação, com ancoragem nas dificuldades, opções metodológicas e mais-valias destas e sugestões futuras. A finalizar apresentam-se as referências bibliográficas, que sustentam todo o trabalho do ponto de vista teórico.

**PARTE I – SUPERVISÃO CLÍNICA E O PROCESSO DE
INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL**

1- SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A Supervisão Clínica em enfermagem surgiu há mais de duas décadas atrás. Alguns países têm uma história longa de Supervisão Clínica, enquanto noutros a ideia pode ter sido só apresentada. Nos países escandinavos como a Finlândia, por exemplo, é possível traçar o caminho da história da Supervisão Clínica por volta dos anos 50-60 (Hyrka`s e Paunonen 2001). Independentemente da duração da sua história, a pesquisa internacional tem produzido uma extensa base de conhecimento na área da Supervisão Clínica, com um aumento impressionante durante a década de 1990 (Hyrka`s 1999, Hyrka`s *et al.* 2006) e não há dúvida de que esta é uma questão que tem fascinado os enfermeiros, investigadores de enfermagem, académicos, educadores e administradores de todo o mundo.

Ao longo deste capítulo daremos a conhecer os diferentes conceitos, modelos e tipos de Supervisão Clínica, abordaremos os efeitos das práticas supervisivas em enfermagem e discutiremos as principais competências do supervisor clínico.

1.1- Natureza e Conceitos da Supervisão Clínica em Enfermagem

Na década de 80, Alarcão e Tavares iniciaram o seu trabalho na temática da supervisão, nomeadamente sobre a supervisão das práticas pedagógicas dos professores, entendendo a supervisão como *“o processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, acompanha um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional”* (Alarcão e Tavares, 2003, p. 16). Hamido (2010) sobre a supervisão e relação com as práticas pedagógicas dos professores, citando os estudos de Sá-Chaves (2000), a questão da intersubjetividade na relação interpessoal do ato educativo e na aprendizagem que subjaz à relação supervisiva e educacional e que é essencial ao desenvolvimento profissional, explica que esta relação supervisiva se traduz numa negociação de sentidos, de coordenação simbólica do ato educativo e que permite

novas compreensões e novas aprendizagens. Tudo começou em Portugal desta forma, pela supervisão pedagógica e práticas supervisivas dos professores.

Wilson Abreu (2003) descreve as primeiras referências à Supervisão Clínica no mundo árabe, nos períodos fulgentes da medicina islâmica, período histórico em que este processo acompanhava o que hoje poderíamos considerar de avaliação dos hospitais ou mesmo de certificação profissional. Este investigador da Supervisão Clínica em enfermagem salienta as diferentes, mas tangentes preocupações das teorias de médio e longo alcance desenvolvidas por inúmeros “teorizadores da enfermagem” em formato de filosofias, teorias e modelos de enfermagem, das preocupações destes teóricos sobre Supervisão Clínica, de que é exemplo Hildegarde Peplau (1964), com o acompanhamento e supervisão das práticas, de Betty Neuman (1972), de acompanhamento das práticas, de Imogene King (1971) e Martha Rogers (1970), da relação entre a Supervisão Clínica e o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, e o acompanhamento das práticas de Jean Watson (1992), entre outros. Estas investigadoras da Enfermagem, referindo-se à formação e prática profissional, consideraram o acompanhamento das práticas clínicas como um processo integrado, que contempla o desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais, bem como a inteligência emocional, questões éticas e do pensamento espiritual e relacional.

Desde 1990 que o conceito de Supervisão Clínica tem feito parte de numerosas agendas da enfermagem em vários países do mundo (Butterworth e Faugier, 1994), tendo-se verificado com maior visibilidade, a sua presença na área da enfermagem psiquiátrica e escolas com corrente de pensamento psicanalítica (Bishop, 1998; Abreu, 2002; 2003). No Reino Unido e posteriormente noutros países como a Suécia, Finlândia, Noruega e Austrália, o conceito de Supervisão Clínica (Hyrkas, 1999), surgiu em resultado de políticas expressas, definidas no campo da saúde, sobretudo na área da saúde mental. A bibliografia cita que a Supervisão Clínica se constitui como que um recurso e processo, central para a aprendizagem, para o desenvolvimento das competências profissionais, para a qualidade das práticas profissionais (Hyrkas e Paunonen-Ilmonen, 2001) e deve ser encarada como uma trajetória capaz de estimular a autoavaliação e as capacidades e habilidades analíticas e reflexivas dos intervenientes. Butterworth e Faugier (1994) descreveram-na como um método de permuta entre profissionais para a capacitação e desenvolvimento de *skills* profissionais.

Especificamente no Reino Unido, em 1993, o Departamento de Saúde deste país (DoH- *Department of Health*), publicou o documento “*Vision for the Future*”, em que estão definidas um conjunto de políticas para a saúde cujos pressupostos enunciam a obrigatoriedade de existirem processos de Supervisão Clínica. O *Royal College of Nursing* e a *Nursing and Midwifery Council* (NMC), associações reguladoras do exercício profissional, tomaram uma posição sobre a implementação da Supervisão Clínica em enfermagem, definindo-a como processo de suporte e forma de facilitar a aprendizagem através da experiência prática profissional. A Supervisão Clínica foi estruturada segundo linhas que enformaram a atividade formal da Supervisão Clínica entre supervisores competentes e os enfermeiros supervisionados com a finalidade de estes refletirem o seu próprio exercício profissional. Este tipo de supervisão orientou-se para a identificação de soluções para os problemas práticos que emergiam no contexto de trabalho, para a qualidade das práticas e incremento da compreensão sobre as questões determinantes, orientadoras da profissão de enfermagem (NMC, *United Kingdom Central Council for Nursing - UKCC*, 1996).

Na sua génese o conceito adota o método de acompanhamento, através do qual é possível a aquisição e desenvolvimento de competências de um nível inicial para um nível avançado, em contexto real dos cuidados de enfermagem. A ação, reflexão e colaboração são eixos centrais e estruturantes no modelo de Supervisão Clínica, também essencial a práticas consistentes (Butterworth *et al.*, 1997), redução dos níveis de *stress* (Yegdich, 1998) e aprofundamento das competências de ajuda nos enfermeiros (Ersser, 1991).

Na América do Norte e primeira metade do século XX, com os progressos ocorridos na medicina e na tecnologia, a integração do ensino da enfermagem na universidade, o reconhecimento da necessidade de aliar a teoria à prática, as constantes discussões sobre a natureza e desempenho dos enfermeiros, a Supervisão Clínica é também aqui considerada a chave para o acompanhamento e resolução das mudanças emergentes e treino de capacidades indispensáveis para a melhoria das práticas de enfermagem (Gray, 2001).

Nos últimos dez anos, em Portugal e na Enfermagem, verifica-se um crescente interesse sobre a Supervisão Clínica, introduzida por vários investigadores, nomeadamente Wilson Abreu (2002), Garrido (2004) entre vários. O interesse pela qualidade das práticas de enfermagem foi fortemente impulsionado pelo movimento

da educação permanente, na década de 70, pelos estudos em torno da qualidade dos cuidados de enfermagem e pelos processos de certificação da qualidade, três factos que marcaram historicamente o desenvolvimento da profissão.

No entanto, a utilização do conceito de Supervisão Clínica entre os enfermeiros, ou mesmo o conceito em si, não reúnem consenso. Efetivamente, as instituições de saúde reconhecem que a Supervisão Clínica pode ser a chave para a qualidade dos cuidados de enfermagem, para a proteção e segurança dos utentes e para o aumento da satisfação profissional, na medida em que confere suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, mas, não existe consenso sobre o conceito e o seu interesse.

Para Vieira (1993, p.11), o conceito de supervisão é traduzido como uma *“actuação de monitorização sistemática da prática (...), sobretudo através de procedimentos de reflexão e de experimentação”*, num ambiente de partilha e de colaboração. Sá – Chaves (2007) ao fazer referência sobre as definições disponibilizadas pelo dicionário para os conceitos de supervisão, refere que se trata de um ato ou efeito de dirigir, de orientar ou inspecionar, sendo o ato de supervisionar um ato de direção, orientação ou inspeção, realizado a partir de uma posição superior, ou a partir de alguém supostamente mais qualificado. Para Alarcão e Tavares (2007), o conceito de supervisão, também registado em dicionário, implica fiscalidade e superintendência.

A evolução do conceito de supervisão, fruto das investigações efetuadas nesse âmbito e do desenvolvimento das profissões, dos contextos e da própria organização social, caracterizam-na como *uma “estratégia de suporte para as organizações de saúde, dinâmicas de formação, funcionamento das equipas, maturação pessoal e desenvolvimento profissional”* (Abreu, 2002, p.3).

A supervisão das práticas clínicas é uma ferramenta básica dos programas de qualidade nas instituições de saúde que mencionam expressamente a Supervisão Clínica em alguns critérios das normas, relativas aos serviços de enfermagem (Garrido, 2004). Abreu (2007), aludindo à integração de recém-licenciados nos serviços de saúde, diz que para as organizações que recebem com regularidade profissionais formados em contextos culturais distintos, a Supervisão Clínica é a única forma de garantir que esses profissionais recém-chegados se integrem mais rapidamente e cumpram os requisitos considerados fundamentais pelos serviços de saúde, para o exercício profissional.

Marr, Steele e Hickman (2001), citados por Cunha (2008), identificam as definições mais comuns sobre Supervisão Clínica em Enfermagem. Esta concebe-

se como uma reunião entre dois ou mais profissionais que têm interesse em analisar a atividade profissional. Descreve-se como um compromisso para com a aprendizagem, uma atividade importante para cada profissional poder construir a própria identidade, no sentido de se autodesenvolver e tomar consciência dos seus atos, desempenho e performance (Hawkins e Schohet, 1989). Caracterizam-na como uma relação de trabalho entre o supervisor e o profissional, que permite ao enfermeiro refletir sobre ele mesmo e receber feedback e acompanhamento apropriado (Proctor e Inskipp, 1993) e como diálogo de natureza profissional, conducente ao desenvolvimento de competências (Butterworth *et al.*, 1995).

Bond e Holland (1998) referem que embora possamos encontrar muitas definições de Supervisão Clínica, não há nenhuma que se apresente de tal modo explícita, de modo a ser indubitavelmente melhor que as outras. O conceito terá que clarificar-se em consonância com a imensidão de cenários em que a prática de enfermagem se pode desenrolar (Lyth, 2000).

Os conceitos de Supervisão Clínica identificados/apresentados pelos diferentes investigadores não se excluem, são complementares, mantendo a tônica na relação colaborativa e de ajuda, tal como o conceito de orientação. Julgamos importante destacar a referência que fazem relativa ao desenvolvimento profissional e humano – componente fundamental para a supervisão; sendo também importante a inclusão da reflexão e experimentação.

O saber próprio que caracteriza uma profissão encontra o seu contexto privilegiado de produção na prática profissional e a sua estratégia num processo dialógico de observação, análise e teorização contínuos, se quisermos, num processo investigativo e reflexivo (Alarcão, 2001; Roldão, 2000, 2004, 2007; Sá-Chaves, 2000; Sacristán, 1999; Schön, 1987; Stenhouse, 1991; Zeichner, 1996; Zeichner e Noffke, 2001). (Hamido, 2010).

O conceito de Supervisão Clínica em enfermagem, utilizado no âmbito da formação graduada, formação pós-graduada e no decurso da experiência profissional dos enfermeiros, implica uma relação profissional centrada na exigência, na formação em contexto de trabalho e no desenvolvimento emocional. A Supervisão Clínica envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado. Compreende um conjunto de estratégias (centradas no profissional e no grupo), incluindo *Perceptorship*¹, *Mentorship*,²

¹ *Perceptorship* – “Profissional que ensina, dá apoio emocional, inspira e se constitui como modelo para o formando, durante um período limitado de tempo, com o objectivo de facilitar o processo de socialização e aproximação da pessoa ao seu novo papel” (Mills *et al.*, 2005).

supervisão da qualidade das práticas, promoção e acompanhamento dos critérios de qualidade.

Para o Departamento de Saúde do Reino Unido (DoH), trata-se de um processo formal de suporte e aprendizagem que proporciona aos profissionais um desenvolvimento integrado de competências, a assunção da responsabilidade pela sua própria prática e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, especialmente em situações de grande complexidade (Abreu 2002).

Para o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE) e no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional (Lei 111/2009 de 16 de Setembro), a prática tutelada, proposta pela Ordem para a certificação de competências e atribuição dos títulos profissionais, a Supervisão Clínica consiste num processo formal de acompanhamento da prática profissional por um supervisor certificado, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. Tem por base a certificação de competências profissionais já regulamentadas pela Ordem e decorre em contextos clínicos com idoneidade formativa, acreditados (OE,2010).

Emerge uma ideia comum: a Supervisão Clínica é um processo dinâmico e interpessoal de suporte, de acompanhamento, de desenvolvimento de competências profissionais (Bishop, 1994; Fowler, 1996; Nicklin, 1997; Johns, 2000; Hancox, *et al.*, 2004). A Supervisão Clínica é, assim, apresentada com os benefícios:

“Melhoria nos cuidados prestados ao paciente através de uma prática reflexiva; apoio para profissionais; compensação para hierarquias profissionais niveladas e profissionais isolados no serviço; cuidados de qualidade em áreas com grande rotação de pacientes; conhecimentos e competências apropriadas em áreas de grande mudança tecnológica; disseminação de boas práticas; aprendizagem partilhada; apoio ao desenvolvimento pessoal”
(Bishop,1994,p.36).

² *Mentorship – “No contexto da formação clínica o mentor é o profissional experiente, mais velho, que se responsabiliza pela aprendizagem do formando”. É uma “relação de proximidade entre duas pessoas, sendo uma delas um profissional experiente e a outra o formando”* (Andrew; Chilton: 2000, p.562)

1.2- Modelos de Supervisão Clínica

A prática de supervisão configura-se em estilos, modelos e estratégias que retratam e revelam a realidade do processo de supervisão. Retrata os sistemas, as estruturas, os recursos e os requisitos necessários à satisfação dos interesses dos intervenientes no processo supervisiivo. Uma mesma estratégia pode não ser válida para todos os casos. A chave está na possibilidade da aplicação de várias estratégias em diversas combinações possíveis, tomando em consideração as características dos intervenientes no processo de supervisão, assim como os objetivos que se pretendem atingir e ainda a presença eventual de fatores condicionantes e os recursos existentes na situação em questão. Queremos dizer que as práticas de Supervisão Clínica foram orientadas muito pelas políticas de saúde e desenvolvimento dos recursos humanos em saúde. Em Portugal as práticas supervisiivas encontradas e investigadas orientaram-se pelas políticas educativas.

Existem diversos modelos de Supervisão Clínica em enfermagem, entre os quais o de Proctor (1986), Hawkins e Shohet (1989), Butterworth e Faugier (1994), Nicklin (1997) entre outros. No entanto, de uma forma geral, podem registar-se dois pressupostos de base comum aos diversos modelos: o primeiro relaciona-se com o

“reconhecimento da maturidade da profissão: a enfermagem é uma profissão capaz de lançar um olhar crítico sobre si própria, dando assim um sinal de exigência e responsabilidade”; o segundo relaciona-se com o reconhecimento da enfermagem como “disciplina que se orienta em função do bem-estar dos utentes, (...) deve prestar atenção às dimensões pessoais e profissionais dos enfermeiros, identificando áreas em que estes necessitam de suporte científico, afectivo ou emocional.” (Abreu, 2002, p.55).

Em resposta às diferentes necessidades de desenvolvimento profissional dos enfermeiros nos diferentes contextos de trabalho, constatou-se o surgimento de um vasto número de modelos.

Cottrell e Smith (2005) explicam a noção de modelo, enquanto mapa e estrutura a percorrer, com finalidades e alvos de supervisão, o tipo de relação interpessoal a ser adotada, o *feedback* (a avaliação) e a continuação da sua sustentação. Um modelo tem de procurar satisfazer as necessidades decorrentes da relação interpessoal, promover *feedback* e suporte contínuo, bem como garantir técnicas que permitam a avaliação do processo e, conseqüentemente, a sua reformulação periódica (Bond e Holland, 1998).

Para Faugier e Butterworth (1993), citados por Lyth (2000), os modelos podem ser divididos em três tipos: aqueles cujo foco de atenção é a relação supervisiva, os que se detêm sobre as funções do supervisor e os que reforçam o processo de supervisão.

O modelo de Proctor (1991) é um dos mais referenciados na literatura. O seu uso tem sido defendido por uma diversidade de contextos de enfermagem, nomeadamente, enfermagem de saúde mental (Cottrell, 2002; Faugier 1996), enfermagem de cuidados gerais (Styles e Gibson, 1999), enfermagem de saúde ocupacional (Bainbridge *et al.*, 2001) e enfermagem médico-cirúrgica (Bowles e Young, 1999; Butterworth *et al.*, 1997, Dunn, 1998). É considerado um modelo interativo com 3 funções chave: a *normativa e de gestão* (promoção e complemento de políticas, procedimentos, desenvolvimento de standards da prática e contributos para as auditorias clínicas); a *função formativa* (desenvolvimento de competências e desenvolvimento das praticas baseadas na evidência); e as funções restaurativas, de suporte (ajudando os práticos a gerirem as emoções e o stress inerente à prática dos cuidados). É um modelo definido a partir das bases da psicoterapia e o mais utilizado em Inglaterra e Austrália.

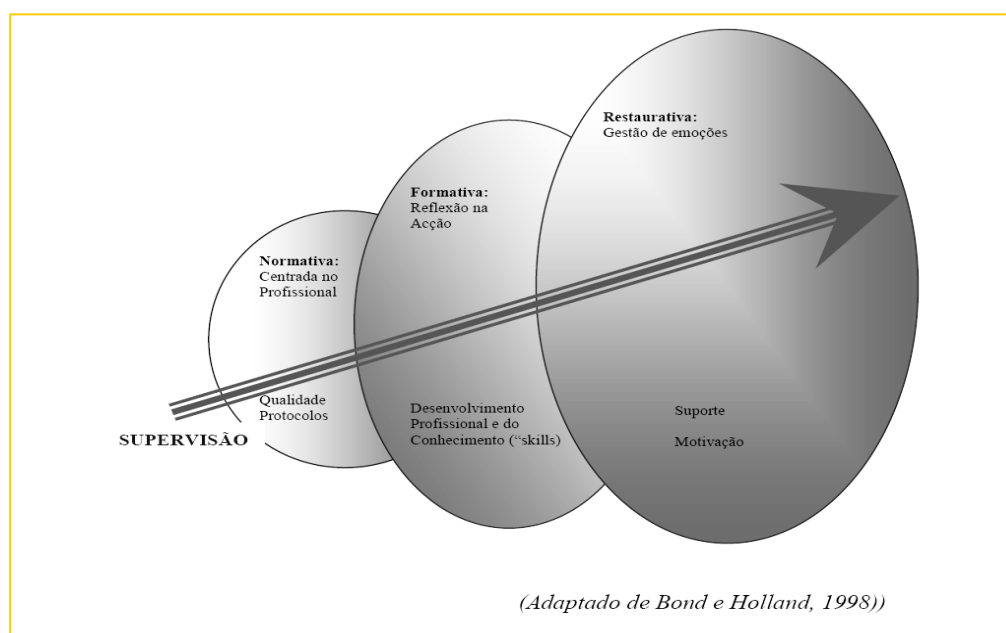


Figura 1: Funções do Modelo de Proctor

Nicklin (1997) desenvolveu um modelo de supervisão centrado na prática, modelo com base na técnica de resolução de problemas em Supervisão Clínica, com vista ao desenvolvimento de um conjunto de competências. Preocupado com a validação do processo de Supervisão Clínica, realizou um estudo piloto avaliando os efeitos da implementação do modelo. Utilizou toda a terminologia inerente ao

modelo de Proctor nomeadamente os conceitos *normativa*, *restaurativa* e *formativa* no seu estudo (Sloan, 1999). Para Nicklin, a Supervisão Clínica em enfermagem, deve proporcionar resposta a diversas variáveis relacionadas com a gestão, formação e suporte emocional, desenvolvendo-se o processo em seis etapas, que podemos analisar esquematicamente:

| PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA | |
|---------------------------------------|---|
| Objectivo | Apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afectivas e relacionais). |
| Identificação do problema | Clarificação das áreas dos problemas identificados. |
| Contextualização | Definição de objectivos de intervenção que salvaguardem as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional. |
| Planeamento | Preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes. |
| Implementação | Implementação das acções planeadas. |
| Avaliação | Avaliação dos resultados e do processo de supervisão. |

Fonte: Abreu (2002: 55), adaptado de Nicklin (1997)

Quadro Nº 1: Modelo do processo de Supervisão Clínica de Nicklin

O modelo de Hawkins e Shohet (1989) centra-se na relação supervisor-supervisado, na definição dos papéis de ambos e nas estratégias de redução da ansiedade no processo supervisivo. Os conceitos chave são quatro: supervisor, supervisado, cliente e contexto de trabalho. No seu estudo separaram o processo em dois sistemas interativos, o sistema cliente/supervisado e o sistema de supervisão, supervisado/supervisor. Ambos os sistemas precisam interagir entre si na procura e atingimento de metas e objetivos.

Johns (1993) desenvolveu um modelo que incidiu sobre o processo reflexivo de supervisão profissional. Rogers e Topping-Morris (1997) descreveram um modelo de supervisão orientado para os problemas, numa unidade psiquiátrica forense. Segundo este modelo, supervisor e supervisado identificam problemas clínicos e, posteriormente, utilizam as estratégias de resolução de problemas no sentido de obter uma solução, a qual se define estruturada, focada, lógica e mensurável. O supervisor procura, deste modo, encorajar e facilitar a auto-actualização do supervisado. Cutcliffe e Epling (1997) sugeriram um modelo que envolve o uso de técnicas de confrontação.

Brocklehurst (1999, citado por Abreu, 2002) salienta um conjunto de ideias comuns, identificadas no conjunto de modelos de Supervisão Clínica em enfermagem apresentados:

- a relação de supervisão assume uma extrema importância no processo;
- a Supervisão Clínica apresenta um conjunto de objetivos que se articulam no decurso da prática clínica: segurança das práticas, desenvolvimento de competências, suporte e encorajamento dos desenvolvimentos pessoal e profissional;
- o processo de supervisão implica estruturas e procedimentos;
- o sucesso do processo de Supervisão Clínica depende da qualidade da relação entre supervisor e supervisionado.

Existem alguns traços estruturantes dos diferentes modelos, que são comuns, com várias correntes de pensamento: modelos de desenvolvimento, de integração e modelos orientados (Frawley-O'Dea, 2001). Na especificidade da Supervisão Clínica em enfermagem encontramos o modelo de aconselhamento, de Proctor, de base psicológica nas narrações biográficas e reestruturação de percursos, com processos de formação e de promoção da qualidade; o modelo de interação e suporte, de Hawkins e Shoet (1989), que aposta muito na relação supervisiva e nos papéis de ambos os intervenientes para ultrapassar os problemas emocionais e aumentar a qualidade das práticas; os modelos centrados nos problemas, de Rogers e Topping-Morris (1997), cuja intervenção é feita através da técnica de resolução de problemas; o modelo centrado nas práticas profissionais, de Nicklin (1997), em que este define as etapas fundamentais para a supervisão como forma de atingir “as boas práticas” através de gestão, formação e medidas de suporte: definição do objetivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação (Abreu, 2002).

A diversidade de modelos reflete o estado de desenvolvimento e interesse desta atividade / processo (Supervisão Clínica), como um todo, dentro da variedade e complexidade que caracterizam a prática de enfermagem, a organização dos cuidados e segurança dos clientes.

Citando Pires (2004, p.58), “*nenhum modelo é melhor do que o outro.*”. O modelo tem, como propósito, fornecer referências objetivas para a tomada de decisão em contexto. Mas, para se desenvolver todo um processo supervisivo torna-se fundamental que o supervisor conheça os diferentes modelos e o cenário onde decorre o processo de supervisão.

Apesar de todos os modelos se intercetarem num universo comum, cada um deles procura oferecer a sua visão estratégica inserida num contexto histórico e cultural, todos eles apresentam elementos pertinentes e válidos para a supervisão, para a aprendizagem e para o desenvolvimento.

Só mediante o conhecimento de todos os cenários de supervisão se poderá proceder a uma análise crítica e cuidadosa, e adequá-los estrategicamente, de modo a facilitar nos supervisados, a aprendizagem e progressão na construção da sua profissionalidade e pessoalidade.

1.3- Práticas Supervisivas em Enfermagem

Abreu (2002, p.54) refere que *“o investimento nas estratégias de supervisão clínica não é novo, embora neste início de milénio seja percebido de forma distinta”*. Reconhece-se progressivamente a importância dos processos supervisivos sobre a qualidade e a excelência dos cuidados de saúde, dando-se por isso, um importante significado, a nível europeu. A qualidade dos cuidados de saúde não se encontra única e exclusivamente dependente do avanço da tecnologia, mas ainda da *performance* dos recursos humanos afetos. Considerem-se metas e objetivos estabelecidos pelo próprio serviço, decorrente das políticas internas e externas propostas, da responsabilidade dos profissionais e das relações interpessoais entre os diversos atores nas equipas de saúde e organizações. Deste modo, o incentivo ao investimento político da Supervisão Clínica em enfermagem, tendo em conta a própria responsabilidade profissional, (tal como se convencionou no Reino Unido, através do UKCC e em Portugal através da prática tutelada prevista pela Ordem dos Enfermeiros) é sinónimo de que a enfermagem e os governos acreditam no potencial transformativo deste processo e destes profissionais.

Tal como Bond e Holland (1998) concluíram, o objeto da Supervisão Clínica em enfermagem são as práticas dos cuidados segundo o contexto onde decorrem, o que à partida sugere que estas têm de ser analisadas à luz dos constrangimentos e forças que as estruturam, desde a sua conceção no terreno até às políticas governativas. Para Ooijen (2000) as práticas têm de ter um denominador de ação, que é o prestador de cuidados, que para desenvolver com sucesso um processo de supervisão, sendo também supervisionado, deverá interrogar-se sobre o porquê da necessidade de supervisão; como é que ele se avalia no exercício da sua atividade; o que precisa de aprender mais; o que é que mais lhe interessa; o que é mais difícil

de entender e de desenvolver; que capacidades e competências quer melhorar; quais as capacidades que deve desenvolver; que competência se define e está regulamentada para a sua profissão.

O processo de desenvolvimento das práticas supervisivas toma uma variedade de formas e enforma diferentes ideias. Supervisores e supervisados conectam-se por escolha do próprio serviço, por escolha do próprio supervisado. O tempo alocado a estas práticas pode ser variável (Butterworth *et al.*, 1997). Segundo a literatura, o tempo necessário para as práticas supervisivas nunca pode ser inferior a 45 minutos cada quatro semanas. É estabelecido um contrato entre supervisor e supervisado e elaborado um relatório sobre o processo que normalmente é confidencial. Os estudos apontam diferentes formas para a prática supervisiva, desde as sessões entre o supervisor e supervisado (Dewing, 1994) até às sessões de grupo (Semperingham, 1994; Jonhson, 1995), no sentido de se atingir as metas previstas para o processo de Supervisão Clínica. As variações relativamente à estrutura e processo da Supervisão Clínica são descritas em resultado das políticas locais e tiveram por objetivo integrar as práticas supervisivas no processo de trabalho dos enfermeiros. Assim, mediante as áreas de intervenção, cuidados de saúde primários ou hospitalares, os modelos de interação e reflexão sobre as práticas de cuidados foram diferentes. Foram encontrados diferentes constrangimentos ao processo, desde o tipo de resistência dos próprios clínicos (Yegdich, 1999), a escassez e disponibilidade dos supervisores e adequação da sua preparação pedagógica para o papel (White *et al.*, 1998).

Bowles e Young (1999) sugerem que a supervisão necessita de tempo para provar os seus benefícios. Por tal razão a avaliação dos efeitos não deve ser realizada até que o processo esteja firme no terreno, devendo ser identificados fatores que influenciem o processo supervisivo.

Hyrkas *et al.* (1999) concluíram que, apesar da Supervisão Clínica ser amplamente debatida na literatura de enfermagem, os estudos realizados até à data não conseguiram demonstrar como esta acarreta benefícios para a prática clínica. Os mesmos autores analisaram a literatura internacional sobre o tema, e estabeleceram que os enfermeiros variam os seus pontos de vista em relação aos objetivos da Supervisão Clínica e à forma como esta deve ser conduzida, concluindo assim que, o desenvolvimento de uma teoria da Supervisão Clínica pode ser útil para a prática de enfermagem, reduzindo a incerteza e a mistificação.

Segundo, Arvidsson *et al.* (2001), os benefícios da Supervisão Clínica podem-se manter mesmo quando esta é interrompida, e que os supervisores também sentem que beneficiam com a Supervisão Clínica, sugerindo que esta melhora a sua própria prática. Através da sua própria experiência como supervisor, Jones (2003) sugere que a Supervisão Clínica pode, potencialmente, melhorar a prática, através de uma maior compreensão, maior capacidade de resolução de problemas e apoio emocional dos enfermeiros.

Além disso, muitos enfermeiros afirmam que com a Supervisão Clínica se tornaram mais sensíveis eticamente (Severinsson, 2001), relatando, por exemplo, estar mais conscientes das suas responsabilidades profissionais (Jones, 2003), descrevendo um respeito renovado pelos clientes, e uma maior sensibilidade à sua dignidade (Hansebo e Kihlgren, 2004).

As práticas de supervisão podem ajudar a diminuir o *stress* causado pelos cuidados nos enfermeiros (Berg *et al.*, 1994), a aumentar a sua criatividade, melhorando o atendimento dos clientes (Hallberg e Norberg 1993). Hallberg *et al.* (1994) concluíram que o acompanhamento sistemático dos enfermeiros nas práticas supervisivas aumentou a confiança e os conhecimentos desses enfermeiros para agir. Tornaram-se uma importante parte das práticas de enfermagem (Tilley e Chambers, 2003; Lindren *et al.*, 2005), processo de capacitação dos enfermeiros para lidar com a natureza da prestação de cuidados de saúde, com a gestão clínica (Wood, 2004) e descentralização da tomada de decisão (Hyrkas *et al.*, 2003).

No entanto, uma série de desafios para a participação na supervisão têm sido descritos.

Algumas organizações demonstram não oferecer suficiente importância à Supervisão Clínica, o que foi relatado como consequência da falta de tempo e de pessoal (Grant, 2000; Scanlon e Weir, 1997).

Por seu lado, os enfermeiros dos cuidados psiquiátricos têm sido descritos como resistentes à Supervisão Clínica por se aperceberem do seu limitado valor e da sua baixa relevância clínica (Cleary e Freeman, 2005; Olofsson, 2005).

Além disso, a participação em sessões de supervisão tem sido descrita como *stressante*, em particular quando a supervisão ocorre em grupo. Este *stress*, durante as sessões de supervisão em grupo, foi muitas vezes relacionado com experiências desconfortáveis de vulnerabilidade pessoal e profissional. Alguns enfermeiros sentem-se expostos quando compartilham as suas reflexões

profissionais sobre o trabalho clínico entre o grupo de pares (Berg e Hallberg, 2000; Cleary e Freeman, 2005; Olofsson, 2005).

O processo cognitivo primário da prática supervisiva é a reflexão, entendendo-se o relato reflexivo que o enfermeiro produz sobre as suas práticas clínicas, como um aprofundar da compreensão sobre o processo dos cuidados, com vantagens para a identificação das áreas de melhoria no desempenho. A reflexão é particularmente relevante para o crescimento profissional, numa disciplina prática como a enfermagem. A questão sobre a importância da reflexão sobre as práticas e implicação desta reflexão no desenvolvimento da qualidade é abordada por Fernandes (2004, 2007) referindo que a reflexão sobre os cuidados prestados se configura como que “uma pesquisa exploratória” que encoraja a análise crítica sobre as situações, influencia a resolução de problemas, favorece a construção do diagnóstico, o melhor conhecimento disciplinar e melhores e mais ajustadas atitudes de desempenho. O conhecimento disciplinar e o desenvolvimento de competências progride a partir da exploração sobre o processo dos cuidados e suas características, na procura dos dados e sentidos que envolvem a situação de saúde e bem-estar do cliente dos cuidados (Fernandes, 2004).

Schon (1993) defende que a experiência refletida gera conhecimento sobre o fenómeno e mudança, afirmando que o processo de reflexão será a forma através da qual se pode entender a complexa construção epistemológica da prática. A supervisão reflexiva suporta a autoconsciência emocional e a componente cognitiva. Ainda de acordo com o mesmo autor, o prático reflexivo utiliza a reflexão, para agir, durante a ação e após agir. Nesta perspetiva, o prático torna-se o “pesquisador” em cena, aprendendo com a ação. A reflexão é atenção plena, permitindo afastar-se do comportamento habitual, das fórmulas conhecidas, e dos hábitos rotineiros.

Abreu (2003) defende que a reflexão, enquanto competência essencial e implícita na prática de enfermagem, deverá ser trabalhada ao nível da supervisão. Assim, o processo supervisivo em contexto da prática clínica deve permitir:

- desenvolver uma aprendizagem centrada na prática;
- utilizar soluções baseadas na evidência;
- trabalhar as estratégias de pensamento em enfermagem, os focos de intervenção e as matrizes para a decisão;
- envolver a equipa na formação e trabalhar a relação com os pares;
- transformação do conhecimento pelo sujeito;
- confirmar saberes e conferir significados;

- favorecer a consciencialização *“ter uma ideia mais informada e consciente de si, dos outros e do contexto, bem como a sua posição face a todos estes”* (Abreu, 2007, p.168).

Num estudo descritivo sobre um programa de Supervisão Clínica num serviço de crianças, os aspetos práticos a trabalhar relativamente às práticas profissionais foram identificados, negociados, contratualizados, programados e os objetivos estabelecidos. O processo de suporte supervísivo gerou-se de forma individual sempre, em grupo para os membros da mesma equipa, frequentemente e bianual para as sessões com as várias equipas (Gilkerson, 2004).

Cross e colaboradores (2012) referem um estudo de Supervisão Clínica no sentido de desenvolver algumas competências profissionais nos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos. Em termos práticos, as práticas supervísivas foram descritas como *“uma reunião pré agendada com um supervisor clínico devidamente treinado, entre 45-60 minutos por sessão, numa frequência mensal, para facilitar a discussão reflexiva, desenvolver a confiança, em torno de assuntos de relevância profissional”* (p. 152). Embora as definições teóricas de Supervisão Clínica possam variar, existem temas gerais que tendem a ser consistentes, incluindo a prestação de cuidados empáticos para melhorar a confiança, habilidades clínicas e do conhecimento e fomentar uma cultura de reflexão sobre as práticas (Cross, *et al.*, 2012).

Wood (2004) assegura que as práticas supervísivas podem ter um papel importante na prevenção do risco clínico.

Edwards e colaboradores (2005), por sua vez, afirmam que a supervisão é largamente aceite como um pré-requisito essencial para cuidados de enfermagem de qualidade.

Segundo Hyrkäs e Lehti (2003), os efeitos da Supervisão Clínica na qualidade dos cuidados são um dos aspetos fundamentais na melhoria da qualidade e foram definidos como uma área alvo pela Organização Mundial da Saúde. Clough (2003) refere mesmo que o aumento da qualidade dos cuidados aos cidadãos é o seu objetivo principal.

Bond e Holland (1998) destacam os acontecimentos que contribuíram para que a Supervisão Clínica integrasse o vocabulário dos contextos de saúde e passasse a constituir uma prioridade atual e urgente, em qualquer discussão ou projeto situado no âmbito da sustentação e desenvolvimento das práticas de enfermagem. Nesses desenvolvimentos, os autores incluem: significativas mudanças organizacionais,

políticas diretivas, preocupações sobre responsabilidade, iniciativas de qualidade para melhorar os padrões de cuidados, conceitos de reivindicação social integrados numa nova filosofia da enfermagem, transição educacional para uma prática reflexiva, preocupação sobre a saúde dos profissionais e prevenção do *burnout*, aumento do valor atribuído às intervenções terapêuticas e aumento das exigências para a autoconsciência.

A operacionalização da Supervisão Clínica, comporta, contudo, algumas dificuldades, sendo assinaladas por Thomas e Reid (1995, citados por Garrido, 2005, p.13), “*a falta de pessoal treinado para levar a cabo essa tarefa*”, assim como “*a falta de estrutura de supervisão que, frequentemente, fazem o supervisionado questionar o papel do supervisor*”, e, por último, os autores alertam para o facto de nos serviços com elevada afluência de utentes e de carga de trabalho, como é o caso do Serviço de Urgência (SU), a supervisão ser “*a primeira atividade a ser renunciada e a última a ser reinstalada*”. Cutcliffe e Proctor (1998), por seu lado, consideram que nem sempre a estrutura e a cultura dos serviços nacionais de saúde facilitam a sua implementação.

Defendemos, portanto, uma supervisão de suporte profissional (futuros enfermeiros e profissionais de enfermagem), de crescimento e de partilha (consciente, convívica, participada), de proteção da pessoa que necessita de cuidados (por segurança da prática), que permita o desenvolvimento de conhecimentos (por recurso à reflexão), de habilidades técnicas e de aprendizagens coletivas (assentes em valores e princípios democráticos), originária do envolvimento e da responsabilidade, promovendo, assim, a autonomia profissional.

Há um reconhecimento crescente de que as mudanças políticas, educacionais sociais e económicas, exigem, cada vez mais, que os profissionais de saúde apresentem flexibilidade e criatividade face à realidade que lhes é apresentada. Neste sentido, acredita-se que a Supervisão Clínica proporcionará a estabilidade, apoio e orientação necessários, para que os profissionais encarem positivamente o futuro e se ajustem às mudanças organizacionais geradas pelos processos de promoção e acreditação da qualidade

Assim, é impreterível analisar o comprometimento dos gestores a este nível, sobretudo se pensarmos que a Supervisão Clínica, tal como já referido, contribui não só para apoiar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, mas também o desenvolvimento da organização e, em primeiro lugar, os clientes (Abreu, 2007).

Para que este processo mediador, de ajuda e acompanhamento, capaz de promover e potenciar os fenómenos de organização e reflexão da prática seja eficaz, torna-se necessário que os “nossos” supervisores utilizem diversas estratégias de supervisão para que o processo de supervisão não se fundamente no improvisado.

Segundo Cottrell e Smith (2005), a Supervisão Clínica é uma área convergente com a qualidade na saúde, sendo adotada e integrada por diferentes profissões de ajuda como a assistência social, a psicoterapia, o aconselhamento e a enfermagem.

Para a enfermagem, a supervisão abrange a formação, o suporte interpessoal e a monitorização (no sentido de acompanhamento). A ênfase dada a cada um dos elementos descritos depende da realidade contextual, do nível de desenvolvimento do supervisor, do supervisionado, do estágio de desenvolvimento profissional, do modelo de enfermagem adotado, do estilo de supervisão exercida e dos fatores do contexto profissional que possam influenciar a relação supervisiva.

Embora todos os profissionais necessitem de Supervisão Clínica, os enfermeiros em início de carreira têm necessidade de um acompanhamento mais consistente, que faculte apoio no desenvolvimento das suas competências profissionais, de outro profissional mais experiente.

1.4- Tipos de Supervisão

De acordo com a literatura internacional, a Supervisão Clínica pode ser posta em prática através de uma enorme variedade de formatos. Por exemplo, um supervisor clínico apresentar-se como responsável por um supervisionado é geralmente entendida como a Supervisão Clínica individual. A supervisão Clínica individual é, provavelmente, o formato mais comum em enfermagem (Duarri e Kendrick 1999, Girouard e Marchewka 1983, Jones e Bennett 1998). No entanto, as descrições de grupo e formatos tríade também foram publicados (Feather e Bissel 1979, Price e Chalker 2000, Winship e Hardy 1999, Sloan *et al.* 2000).

Um supervisor clínico geralmente fica responsável pela supervisão de dois supervisionados ao usar um formato tríade (Feather e Bissell 1979, Sloan *et al.* 2000).

Na supervisão de grupo, um grupo de entre quatro e seis supervisionados é orientado por um supervisor clínico. Este parece ser o método preferido nos países escandinavos (Arvidsson *et al.* 2001, Begat *et al.* 1997, Berg *et al.* 1994, Hallberg e

Norberg 1993, Palsson *et al.* 1994, Severinsson 1995, Severinsson e Kamaker 1999).

Proctor (2000) indica que a supervisão de equipa pode facilitar o espírito de equipa, mas também pode refletir, dentro da equipa, as tensões do dia-a-dia e as diferentes dinâmicas interpessoais não resolvidas. Desta forma, a Supervisão Clínica de equipa pode ser vista como a forma mais estimulante de Supervisão Clínica para os supervisores.

Na Finlândia, o Ministério da Previdência Social Assuntos e Saúde (1983) definiu, na recomendação oficial sobre Supervisão Clínica, que os objetivos da supervisão de equipa sobrepõem-se aos objetivos gerais da Supervisão Clínica (Hyrkas *et al.* 2002).

Ainda segundo os mesmos autores, os fatores que influenciam a supervisão de equipa são os seguintes: avançado conhecimento da supervisão e confiança nos supervisores, compromisso e motivação, interação e relações de colaboração e os acordos da equipa de supervisão. Os efeitos positivos da supervisão de equipa identificados pelos supervisores são os seguintes: influência sobre a interação e relações humanas na comunidade de trabalho, reforço da identidade profissional dos supervisados e o desenvolvimento de práticas multiprofissionais.

A escolha entre uma das diferentes formas de implementação da Supervisão Clínica depende de uma série de fatores, tais como: o tipo de área clínica, a cultura da organização, os rácios de pessoal e as necessidades do pessoal e de gestão. Poder-se-á dizer que não há uma maneira “mais correta” de o fazer, mas existem alguns princípios que deverão ser levados em linha de conta:

- a Supervisão Clínica permite que uma pessoa se concentre num aspeto particular da sua prática clínica de uma maneira que não faria normalmente;
- a Supervisão Clínica é caracterizada pela reflexão sobre a ação anterior e suas implicações para a ação futura;
- um supervisor clínico, muitas vezes, desafia o supervisado a pensar fora das suas formas atuais de trabalho;
- o supervisor clínico vai oferecer apoio e aconselhamento;
- o supervisado tende a aprender formas alternativas de trabalho e habilidades específicas;
- o supervisor clínico estará interessado na qualidade do desempenho do supervisado e vai oferecer um feedback construtivo.

Encontramos na literatura e de uma forma geral, três grandes tipos de abordagem que se constituem também em diferentes tipos de supervisão. São eles a “*Clinical Supervision*”, “*Preceptorship*” e “*Mentorship*”.

A origem do *Preceptorship* na enfermagem remonta à década de 1960, início da década de 1970.

O estudo do fenómeno do abandono precoce da profissão por um crescente número de enfermeiros americanos recém- formados, colocou em evidência diferentes aspetos que no contexto da socialização profissional e assunção de novos papéis eram geradores de *stress* e *burnout*.

Para reduzir este fenómeno de abandono, foi desenhado um programa dirigido a estudantes de enfermagem para que estes ficassem sob a supervisão e ao cuidado de enfermeiros experientes denominados *Preceptors*. O sucesso deste programa fez com que se estendesse a todos os EUA.

No Reino Unido, o *Preceptorship* surge, já não em contexto de formação académica, mas no do exercício profissional. (Morrow, 1984 citado por Bain, 1996).

O período de *Preceptorship* pode aplicar-se igualmente ao profissional competente num determinado domínio, que pretende lidar com um novo papel, ou integrar uma segunda atividade numa área que não lhe é familiar (Bain, 1996).

O *Preceptorship* aponta no sentido da integração efetiva dos enfermeiros recém- formados nos complexos ambientes hospitalares, tentando diluir a diferença entre teoria e prática e garantir uma gradual assunção de responsabilidade, de forma segura para o profissional e para o utente (Bain, 1996; Pfeil, 1999; Farrel e Chakrabarti, 2001). Denota-se uma preocupação com a indução dos profissionais mas também e simultaneamente com a segurança e qualidade dos cuidados.

No Reino Unido, a relação no *Preceptorship* é normalmente de um para um, sendo o preceptor um profissional experiente que acumula este seu papel com as demais responsabilidades profissionais (OE, 2010). Neste modelo, uma das funções do preceptor é a de dar feedback regular da evolução do *preceptee* ao próprio, e em muitos casos também ao chefe do serviço ou ao professor da escola (no caso do *Preceptorship* em contexto pré-graduado).

A avaliação (que não a formativa) no *Preceptorship* é muitas vezes apontada como potencialmente constrangedora da relação entre os sujeitos, atentando desta forma contra os próprios fundamentos deste modelo de supervisão.

A evidência aponta para uma visão positiva por parte da generalidade dos intervenientes em relação a este modelo de supervisão.

Atendendo à associação dos termos “supervisão” e “supervisor”, à visão hierárquica e controlada que lhe subjaz, alguns autores (por ex. os mencionados na literatura anglo-saxónica) preferiram substituí-los por conceitos alternativos como é o conceito / figura de *mentoring* / mentor e de *tutoring* / tutor.

Os conceitos *mentoring* e *tutoring* surgem aplicados em muitos domínios, e quase sempre convocam a ideia de acompanhamento e de orientação. No campo da enfermagem, estes termos usam-se para descrever alguém que tem um papel de modelo e influência no futuro profissional de Enfermagem, ou no profissional em formação. É considerado, por isso, uma figura de referência no local de trabalho (Northcott, 2000).

Na enfermagem nem sempre houve consenso em torno do conceito e do papel do mentor (Andrews, 1999; Watson, 1999); após alguns estudos, redefinem mentor como alguém que deveria ser escolhido pelo estudante de enfermagem para o assistir, amparar, orientar, avisar e aconselhar, e que não estaria normalmente envolvido na supervisão formal ou avaliação desse estudante em particular.

Andrews (1999) conclui que o papel de “mentor” também incorpora aspetos de *preceptoring* e *supervising*.

A natureza diversa e complexa do papel do mentor em enfermagem é explorada por uma série de autores incluindo Hagerty (1986), Neary (2000) e OE, 2010.

Em geral, o mentor é retratado como alguém que pode ser confiável e está disposto a ajudar os outros no seu crescimento e desenvolvimento.

Um mentor auxilia um elemento na fase de transição da experiência de aprendizagem, dando conselhos e apoio, bem como compartilhando os seus valores e profissionalismo.

Os mentores são vistos, portanto, como estimulantes, promovendo e incentivando a aprendizagem nas experiências do dia-a-dia e também podem orientar e ensinar. O tipo e o nível de orientação podem ser influenciados pelo ambiente de aprendizagem e pelo nível de competência a ser alcançado.

Mentorship será, portanto, uma parte integrante do papel do enfermeiro qualificado que sustenta a aprendizagem e o desenvolvimento.

A qualidade da relação entre mentor e *mentee* pode afetar a aprendizagem, principalmente a existência de qualquer disparidade nas suas expectativas.

Os fatores que podem ter uma influência negativa sobre o processo de tutoria incluem: comunicação deficiente, diferentes expectativas entre mentor e *mentee*, falta de confiança e falta de apreciação das circunstâncias da vida quotidiana que afetam cada pessoa. A utilização de contratos de aprendizagem, a formulação de regras básicas, o uso de informações dos manuais dos estudante e a discussão

das expectativas do mentor e *mentee*, podem ajudar a prevenir ou combater problemas no relacionamento.

De acordo com Clay e Wade (2001) (citados por OE, 2010) ser um mentor implica agir como um modelo, facilitando a aprendizagem e a supervisão que é apropriada para a área do desempenho prático. Neary (2000) classifica as funções do papel de mentor como amigo, professor, advogado, bem como facilitador. (OE, 2010)

O mesmo autor sugere que a definição de regras básicas poderia ser realizada como parte do contrato de aprendizagem, afirmando, ainda, que o tempo é um componente essencial na orientação e nem mentor, nem *mentee* devem fazer exigências excessivas; ambas as partes devem estabelecer com clareza o grau de autonomia esperado para garantir que o *mentee* atingiu os resultados de aprendizagem necessários.

1.5-Competências do Supervisor Clínico

Na literatura da área da saúde, o supervisor tem o papel de medir e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais em início de carreira nos seus próprios ambientes clínicos. Ele também deve estimular a aplicação da teoria na prática, desenvolvendo habilidades e ensinando o recém-formado a utilizar adequadamente o tempo, por meio de priorização de procedimentos e atitudes.

Tem, portanto, importante função para melhorar o nível de qualidade da atuação profissional, o que é bom para o próprio profissional e também para o utilizador do serviço de saúde.

Ao supervisor é exigida a capacidade de saber adequar os meios, tendo em conta o fim pretendido e o contexto específico. Ou seja, deverá ser alguém que escolha como missão facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do supervisionado, promovendo e incitando a capacidade de investigação, de reflexão e de sentido crítico.

Um supervisor é, assim, um líder capaz de promover, acompanhar, supervisionar e monitorizar, os vários projetos de forma sistemática e sistémica.

Este facto atribui à supervisão: a missão de compreender e estimular o potencial de cada um para o coletivo, a responsabilidade de participar na conceção e desenvolvimento de um projeto, o conhecimento da função dos vários intervenientes e a utilização de estratégias de dinamização. Como refere Abreu

(2003, p.19), *“o trajecto de supervisão incide sobre situações reais, sobre indivíduos em interacção e sobre dinâmicas de colaboração”*.

A fim de proporcionar uma supervisão de qualidade, Whitman e Jacobs (1998) argumentam que um supervisor tem responsabilidades para com o supervisionado (educação), o cliente (deve ter a certeza de um bom tratamento), a profissão (para manter padrões satisfatórios entre profissionais) e também para consigo mesmo (para se manter atualizado nos conhecimentos, mas também para manter uma consciência dos seus próprios pontos fortes e fracos).

Em todo este processo também será importante, tal como defende a OE (2010), que o supervisor tenha consciência também do seu papel de aprendiz e da forma como este pode contribuir para o seu desenvolvimento, quer enquanto enfermeiro, quer enquanto supervisor.

O supervisor tem a missão de facilitar e apoiar a socialização do supervisionado na equipa multiprofissional. Deve para isto compreender e adequar com o supervisionado as melhores estratégias, o ritmo e a forma.

Numa perspetiva global e tendo como pano de fundo a qualidade dos cuidados de enfermagem, o supervisor age como modelo e como referência e deve compreender a importância deste seu papel, para a consolidação da identidade profissional do supervisionado.

O supervisionado traz à discussão com o supervisor a sua experiência e ação do dia-a-dia e juntos: constroem uma compreensão partilhada dos fenómenos; aprofundam a experiência; atribuem sentido à aparente confusão; desocultam e analisam a intenção que está por trás da ação; desconstruem preconceitos e desenvolvem sensibilidades (Hadfield, 2000), em suma, dão sentido ao universo do supervisionado no quadro de referência da profissão.

Em jeito de resumo, poderemos afirmar que supervisor é alguém que está em contexto de ação profissional e ajuda o supervisionado a analisar a sua prática; a consecução deste papel requer o cumprimento de um perfil e o desejo de querer ser supervisor.

O enfermeiro da prática clínica, que assume ser supervisor, deve ser uma pessoa bem formada, manifestando atitudes adequadas para aqueles com quem contacta no processo ensino/aprendizagem (Carvalho, 2003).

Assim, a nível profissional o supervisor deve ter larga experiência profissional, ser competente e respeitado pelos seus pares. Ainda nesta perspetiva, a sua

competência deve alicerçar-se num conjunto de características entre as quais destacamos:

- uma personalidade equilibrada e humanista, responsável;
- conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados;
- capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares;
- uma atitude de aprendizagem continuada.

Mosher e Purpel (1972) identificaram as seguintes como as características exigíveis a um supervisor:

- sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas;
- capacidade para analisar e conceitualizar os problemas;
- capacidade de comunicar eficazmente, a fim de perceber as opiniões e os sentimentos dos supervisados e exprimir as suas próprias opiniões e sentimentos;
- conhecimentos teóricos e competências práticas na sua área de especialidade;
- capacidade de relacionamento interpessoal e responsabilidade social assente em noções bem claras sobre os fins da sua atividade profissional.

Sloan (1999), num estudo realizado com pessoal de enfermagem, identificou as características de um bom supervisor; estas variaram entre a capacidade de formar relacionamentos de apoio e ter conhecimentos e habilidades clínicas, e a necessidade de o supervisor ser ativamente solidário, capaz de reconhecer os seus próprios limites e de assumir o compromisso de fornecer supervisão.

Por sua vez, Bulmer (1997) constatou que as habilidades identificadas pelos enfermeiros como tornando altamente cotados os supervisores foram:

- grau de confiança;
- ser honesto e aberto;
- ter boa capacidade de escuta e habilidades analíticas;
- ser solidário;
- fornecer críticas construtivas;
- facilitar em vez de dirigir;
- ser honesto sobre as suas próprias limitações;
- dar feedback positivo;
- não julgar.

De acordo com Munson (2002, citado por Garrido e Simões, 2007, p.6) constata-se que grande parte dos profissionais que assumem o papel de supervisores clínicos não se encontra consciente da responsabilidade que lhes é atribuída, nem dos requisitos exigidos. Segundo este autor, os supervisores devem possuir ou estar dispostos a desenvolver determinadas características como:

“gostar de ensinar os outros; terem paciência quando os outros não entenderem; saber fazer sugestões indirectas; saber planejar de uma forma efectiva; ter uma atitude positiva quando esperam respostas a questões ou explicitação das acções; saber discutir os problemas de modo construtivo; saber tolerar quando os outros cometem erros; saber criticar e aceitar críticas; gostar de decidir e fazer; poder trabalhar em equipa e gerir efectivamente o processo.”

Segundo as experiências formativas levadas a cabo por Garrido e Simões (2007, p.6), através de dinâmicas de grupo em contexto de formação pedagógica de supervisores, as atribuições do papel de supervisor, resumem-se em:

“estabelecer ambiente afectivo relacional; criar condições de trabalho favoráveis; desenvolver capacidades de reflexão, autoconhecimento, inovação e participação; identificar problemas / dificuldades; desenvolver formas de socialização profissional; reforçar positivamente (reconhecer, aceitar, encorajar; planejar, orientar, supervisionar, motivar e avaliar as actividades do aluno); integrar o aluno na Instituição, serviço e equipa; proporcionar suporte técnico, emocional e cognitivo que permita desenvolver competências técnicas, comunicacionais, atitudinais e cognitivas”

De um modo geral, verifica-se que os autores citados consideram as competências interpessoais como fundamentais para o sucesso do processo supervisiivo.

Para o desempenho de um número tão variado de papéis, entende-se que o supervisor tenha de possuir um número tão alargado de características, que lhe permitam desempenhar eficaz e eficientemente o seu papel.

A nível profissional, a sua larga experiência prática, a competência e o facto de ser respeitado pelos seus pares constituem aspetos de extrema importância. A reflexão deve ainda constar das suas práticas diárias, tentando aprender com a sua experiência profissional.

O conhecimento, experiência e qualificações do supervisor são centrais para o desenvolvimento do supervisionado e da sua identidade profissional (Ogren 2001 citado por Berggren e Severinsson, 2003).

De acordo com a OE (2010), o supervisor acompanha a prática profissional do supervisionado, promove a tomada de decisão e a gradual autonomia no exercício, valorizando sempre a proteção da pessoa e a segurança e excelência dos cuidados de enfermagem. Esta prática deve ser acompanhada de questionamento e reflexão, deve envolver supervisor e supervisionado na análise da praxis (do supervisionado) para que o seu conteúdo e eventuais problemas que possam surgir sejam trabalhados e deem origem a hipóteses e soluções que “experimentadas”, possam contribuir para um aprofundamento e melhoria dos cuidados de enfermagem. Integrado num

modelo de desenvolvimento profissional proposto e regulamentado pela OE (2010, pp.18-19) espera-se do supervisor clínico em enfermagem que:

- Tenha motivação e disponibilidade pessoal para ajudar outros no seu desenvolvimento e aprendizagem e constituir-se num recurso para apoio e suporte;*
- Seja um modelo de exercício profissional no quadro dos referenciais da profissão que conhece e domina;*
- Demonstre competências na resolução de problemas, na tomada de decisão, delegação e responsabilidade profissional;*
- Seja perito clínico no âmbito do exercício profissional do EPT, ou DPT;*
- Esteja motivado e envolvido na profissão - sentido de pertença profissional;*
- Tenha sentido de responsabilidade em relação ao papel de supervisor que está a desempenhar, assente em noções bem claras sobre o potencial formador da supervisão e suas finalidades no Exercício Profissional Tutelado (EPT) e Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT) em Enfermagem;*
- Tenha capacidade, sensibilidade e empatia, para reconhecer o Outro na sua individualidade e compreender a sua problemática;*
- Tenha conhecimentos sobre o processo, as estratégias e os instrumentos a utilizar na supervisão clínica;*
- Tenha a capacidade de seleccionar as melhores estratégias e adequá-las a cada situação em particular - adequar o estilo de supervisão;*
- Domine a metodologia do projecto;*
- Seja flexível, na gestão das situações, cumprindo os referenciais da profissão;*
- Tenha interesse e consiga analisar questões de forma aprofundada e abrangente;*
- Consiga fazer a leitura e interpretação dos fenómenos na sua complexidade;*
- Tenha sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas;*
- Tenha capacidade de analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhe deram origem;*
- Consiga situar e interpretar a acção no universo simbólico do supervisionado;*
- Ajude a interpretar os fenómenos à luz dos instrumentos reguladores da profissão;*
- Oriente o supervisionado na adequação do seu projecto aos referenciais da profissão e ao desenvolvimento do programa formativo;*
- Envolver e comprometa o supervisionado no seu processo de aprendizagem e mudança;*
- Promova uma mudança positiva, monitorizando, recomendando, desafiando, pesquisando e desenvolvendo o espírito crítico do supervisionado;*
- Acompanhe e problematize a prática profissional do supervisionado à luz dos referenciais da profissão;*
- Valorize o trabalho do supervisionado;*
- Dê ao supervisionado feedback contínuo e periódico do seu progresso;*
- Garanta a autonomização gradual e segura do supervisionado assistindo-o nesse processo;*
- Tenha competências de comunicação e de relação interpessoal, saiba: prestar atenção; escutar; compreender; comunicar verbal e não-verbalmente; parafrasear; interpretar; cooperar; questionar; manifestar uma atitude de resposta adequada;*
- Promova o espírito de colaboração num ambiente afectivo-relacional favorável entre supervisor e supervisionado;*
- Estabeleça uma comunicação eficaz a fim de perceber as opiniões e os sentimentos do supervisionado e exprimir as suas próprias opiniões e*

sentimentos;

- Consiga dar suporte e promover segurança, confiança, motivação e bem-estar no supervisionado;

- Facilite a socialização do supervisionado ao seu novo papel profissional (enfermeiro/enfermeiro especialista) e à equipe multiprofissional do contexto de cuidados;

- Tenha consciência de que, no processo de Supervisão Clínica, também ele se encontra em aprendizagem e desenvolvimento profissional e no papel de supervisor;

- Reconheça a cada momento o seu potencial e os seus limites enquanto enfermeiro e enquanto supervisor clínico e tenha a capacidade de investir, superar-se e pedir ajuda.”

É possível, de entre os atributos considerados, identificarmos aqueles que decorrem do próprio domínio do “ser enfermeiro” ou seja, que se enquadram no domínio de competência do Enfermeiro de Cuidados Gerais e aqueles que poderemos enquadrar num domínio específico da Supervisão Clínica. O supervisor clínico em enfermagem acresce assim ao seu património de competências profissionais de Enfermeiro, competências específicas do Domínio da Supervisão.

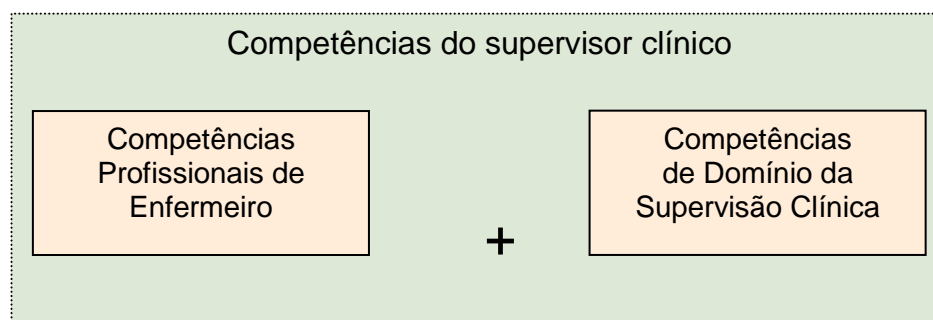


Figura 2: Competências do supervisor clínico (adaptado de OE, 2010)

Assim, criteriosamente selecionados e treinados, os supervisores serão capazes de motivar e orientar os enfermeiros ao longo do processo de desenvolvimento de competências, analisando e refletindo sobre as suas atividades profissionais, sugerindo estratégias inovadoras, avaliando os resultados e motivando os enfermeiros a promover a segurança dos cuidados.

A significância do enfermeiro supervisor clínico reflete-se, por exemplo, na capacidade com que cria uma relação potenciadora da aprendizagem com o supervisionado.

O supervisor clínico é, portanto, um personagem fulcral, um estratega, que de forma competente e orientada, ajuda o supervisionado a tornar-se um agente dinâmico comprometido com o seu próprio processo de aprendizagem, ajudando-o a aprender a gerir as emoções, a saber utilizá-las, promovendo a justiça e a integridade em todo o processo.

2- INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL

O processo de integração é fundamental a qualquer elemento recém-chegado à instituição, independentemente do cargo que vai ocupar ou das suas experiências anteriores.

Para que o processo de integração seja bem-sucedido é importante que todos os elementos da equipa compreendam as suas necessidades, participem e desenvolvam um conjunto de ações e atitudes que visem contribuir para o ajustamento do indivíduo recém-chegado, por forma a que este possa fazer parte integrante do serviço / organização.

Uma integração adequada permite à instituição atingir os seus objetivos, ao mesmo tempo que possibilita o desenvolvimento das potencialidades de cada elemento recém-admitido.

2.1- Processo de Integração de Enfermeiros

Os múltiplos desenvolvimentos nos cuidados de saúde e nas políticas de saúde em Portugal colocam às instituições de saúde inúmeros desafios no sentido de melhorar a qualidade da assistência, rentabilidade dos serviços, melhorar a economia e aumentar a competitividade.

Os recursos humanos, os seus profissionais, são sem qualquer dúvida um sector importante e imprescindível para as respostas em saúde e para o sucesso da instituição.

No hospital, e dos recursos humanos, constam os enfermeiros. São uma classe profissional chave na qualidade da assistência, nomeadamente quando se trata de um SU.

Aos enfermeiros, enquanto profissionais da equipa de saúde, são solicitadas responsabilidades e desafios relativamente ao significado de boas práticas, de segurança nos cuidados, de cuidados de qualidade, da gestão dos serviços, da transmissão de informação, entre muitos outros aspetos que caracterizam a sua performance profissional e cuja praxis contribui, em larga medida, para a excelência da praxis clínica.

As organizações de saúde em geral e concretamente os Hospitais, são sistemas complexos que influenciam significativamente a conduta dos profissionais que delas fazem parte. No seio destas organizações, a integração de “novos elementos” nas equipas representa uma das atividades básicas na gestão de recursos humanos, cujo objetivo visa o ajustamento adequado dos profissionais à instituição, aos métodos e performance profissional.

Este processo de integração é particularmente importante para os enfermeiros, sobretudo na sua primeira experiência de trabalho, ou quando têm de mudar de serviço dentro de uma mesma instituição de saúde. Estes preocupam-se com um programa de integração de qualidade, que permita um processo de socialização rápido e eficaz, assumindo o procedimento de integração como um processo contínuo, dinâmico e para o qual contribuem os diferentes atores.

O processo de integração num serviço está plasmado na Carreira de Enfermagem, tal como define o Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro, Capítulo III, Artigo 9º, quando, referindo-se ao conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro afirma que este deve:

- “j) Colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes De enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;*
- o) Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores;*
- p) Orientar as actividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional.”*

Ainda no Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro, Capítulo III, Artigo 10º, referindo-se ao conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro Principal (Enfermeiro-chefe) afirma que este deve:

- “ i) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;*
- l) Assumir a responsabilidade pelas actividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce actividade;*
- p) Apoiar o enfermeiro - director, designadamente, na admissão de enfermeiros e na sua distribuição pelos serviços e unidades, na elaboração de proposta referente a mapas de pessoal de enfermagem, no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade, na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação de condições e prioridades para projectos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas.”*

Do ponto de vista conceptual, a integração é, segundo Millet (1972), citado por Loureiro *et al.* (2002, p. 17) a “*introdução do indivíduo na instituição e a sua orientação na situação de trabalho*”.

A integração é, assim, o desenvolver de um processo que tem o seu início no momento em que o recém-admitido inicia as suas funções num serviço, e termina quando aquele conhece bem os aspetos mais importantes, no que concerne à sua estrutura física, organizacional e funcional.

Este processo de integração é essencial a qualquer enfermeiro recém-chegado e deverá ser encarada como uma oportunidade de mudança em direção à valorização pessoal e profissional. Considera-se, portanto, que o sucesso no processo de integração passa por um programa bem definido e bem estruturado.

Um enfermeiro recém-chegado a um serviço, por mais competente que seja, necessita de uma formação inicial que o integre lentamente na instituição e o ajude a estabelecer uma relação adequada com os trabalhadores; necessita ainda de uma clarificação das responsabilidades do posto de trabalho e a formação prática nas habilidades necessárias.

A existência de um programa de acolhimento numa organização permite que o novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro dessa organização. Além disso, funciona também como instrumento de controlo e correção (Marriner, 2009).

É através da integração que o indivíduo aprende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela organização (Chiavenato, 2001), levando a uma mudança de atitudes e comportamentos de forma a adquirir novas competências.

Desta forma, a integração é determinante no sucesso da adaptação do indivíduo à organização e conseqüentemente no seu desempenho profissional, pois o enfermeiro que inicia funções, embora seja um indivíduo licenciado, com conhecimento das técnicas a executar no seu trabalho, ainda lhe falta o sentimento de pertença efetiva e afetiva à organização e ao local de trabalho, bem como a segurança, que só lhe poderá ser proporcionado se lhe for feita uma adequada integração (Marriner, 2009). É de referir também que a integração é um processo individual e flexível, onde cada enfermeiro tem uma história de vida, tem experiências, atitudes e ritmos diferentes, os quais devem ser levados em conta em todo o processo.

Chiavenato (2001) defende que no processo de integração, que é também, segundo este autor um processo de aculturação, a cultura dos indivíduos deverá ser respeitada.

Poderemos, assim, dizer que a integração visa fazer com que os elementos recém- admitidos adquiram ou aperfeiçoem determinados conhecimentos ou métodos de trabalho, de acordo com as funções que lhe são atribuídas e as necessidades das instituições.

Uma integração bem planeada beneficiará não só a organização e o novo elemento, mas também e conseqüentemente os utentes, uma vez que permitirá uma adaptação rápida, segura e mais eficiente e uma prática mais competente.

Todo o elemento precisa familiarizar-se primeiro com o ambiente físico e social da instituição e só depois é que será integrado no seu novo serviço. Loureiro *et al.* (2002, p.17, citando Dias 1983) refere que *“tendo em consideração a importância que o sentimento de segurança tem para o Homem, conseqüentemente o enfermeiro ao entrar no serviço já deve conhecer a estrutura física e social da instituição”*.

Assim, de acordo com este autor, os objetivos de um programa de integração na instituição devem focar os seguintes aspetos:

- introdução à estrutura física da instituição;
- apresentação e explicação da filosofia e dos objetivos da instituição;
- descrição da estrutura organizacional da instituição;
- revisão e interpretação das políticas administrativas;
- explicação da relação existente entre a instituição e a comunidade.

Todas as atividades desta fase do programa deverão constituir uma fonte de estímulo, inculcando confiança, esclarecendo o que a instituição espera dos novos enfermeiros e o que lhes pode oferecer.

Ainda segundo Loureiro *et al.* (2002, p.17, citando Dias 1983), o programa de integração ao serviço deve levar em linha de conta os traços específicos a seguir expostos:

- a organização da unidade;
- o tipo de doentes;
- a metodologia científica usada na prestação de cuidados de enfermagem;
- reuniões de serviço;
- conferências;
- funções dos enfermeiros;
- registos;

- protocolos;
- avaliação de desempenho;
- responsabilidades de formação;
- relações interpessoais.

Poderemos assim concluir que, um programa de integração organizado e bem orientado ajuda o enfermeiro em todo o processo, contribui para que este dê mais de si à instituição e a adquirir o máximo de conhecimentos, assumindo assim, as responsabilidades inerentes às suas competências.

Um dos objetivos principais de todo o processo de integração é estimular a performance profissional dos novos profissionais, contribuindo para a eficácia da instituição. Sendo assim, globalmente poderemos considerar quatro componentes envolvidas no processo de integração (Marriner, 2009): a psicológica, onde há a realçar a motivação, a sociológica, que está relacionada com a atividade do indivíduo no seio do grupo, a pedagógica, com uma atmosfera que facilite a aprendizagem e a administrativa, que cumpre o seu propósito ao obter, desenvolver, utilizar, avaliar, manter e reter uma força efetiva de trabalho.

Tal como já se concluiu, a integração do enfermeiro, quando bem planeada, coordenada e executada, promove o reconhecimento e aceitação das metas da instituição. Assim sendo, Kurcgant (1991) aponta como vantagens de uma boa integração para a instituição: diminuição do tempo de integração e dos custos associados e desenvolvimento da satisfação profissional dos enfermeiros e de um senso de responsabilidade para a organização.

Na mesma linha de pensamento, refere como vantagens de uma boa integração para o enfermeiro: diminuição do *stress*, frustração e conflito, aumento da autoconfiança, do auto desenvolvimento, da satisfação no trabalho executado e das necessidades pessoais.

Por outro lado, a duração do processo de integração é variável e depende muito da experiência profissional anterior, ou seja, segundo Proehl (2002, p.90), referindo-se ao processo de integração num SU:

“No mínimo um mês de integração é razoável para uma pessoa já com experiência, para se tornar confortável no novo serviço. (...) Enfermeiros sem qualquer experiência ou recém- licenciados, requerem um período de integração significativamente maior, baseando-se nas suas competências anteriores e deve ser de 3 a 6 meses, na maioria dos casos”

O sucesso na integração depende essencialmente das qualidades ou características de quem faz a integração e da utilização apropriada de certos

instrumentos ou técnicas, isto é, *“o enfermeiro integrador tem (...) um papel importante, possuindo determinadas habilidades técnicas, humanas e conceptuais”* (Coelho e Lourenço, 2004, p.22).

Para que um programa de integração seja eficaz e eficiente, ele precisa ser avaliado. Sem conhecer as suas lacunas, nunca o poderemos modificar. Para garantir o seu sucesso, deve ser avaliado periodicamente, pois não é com uma avaliação final que se solucionam erros cometidos no início. A avaliação é feita pela pessoa a integrar. Só ela poderá falar da maior ou menor facilidade em se orientar, das dificuldades que, com ou sem ajuda, conseguiu ultrapassar e ainda da eficácia do processo de integração. A avaliação deverá ser feita continuamente, de forma informal, acentuando-se no fim de cada etapa. Deverá ser avaliada não só a orientação do novo elemento e a sua satisfação no trabalho, mas também a melhoria nas relações interpessoais e profissionais, o seu desempenho e os conhecimentos adquiridos. Esta avaliação pode ser feita através de: registos, entrevistas, questionários ou inquéritos, em data combinada e com a presença de todos os intervenientes no processo de integração (Chiavenato, 2001).

Só se poderá afirmar que o recém-admitido está integrado quando este se sentir apto e quando o seu superior hierárquico o sentir apto a assumir as responsabilidades do cargo que vai ocupar.

Segundo alguns autores, as instituições poderão recorrer, neste processo de integração, ao uso de manuais, documentos previamente estudados, instrumentos de comunicação, que contêm uma coletânea de informações / atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração e / ou aprendizagem. (Kurcgant, 1991; Chiavenato, 2001)

Estas informações adquiridas, transmitidas e preservadas, são fatores de sucesso para a instituição, quando oportunamente usadas.

Com este documento, habitualmente denominado Manual de Integração, o enfermeiro recebe a instrução básica de trabalho necessário às funções que tem a desempenhar, as suas relações com os outros funcionários e com os seus superiores. Este Manual permitirá ao enfermeiro recém-admitido encontrar os caminhos necessários para o seu desenvolvimento no serviço. Além disso, pode conter informações sobre a história da instituição, a sua estrutura física, funcional e organizacional, objetivos do serviço, o regime da função pública, algumas regalias sociais e, de um modo geral, todas as informações necessárias para uma visão global da instituição e da sua inserção na comunidade. Contribuindo para integrar os novos enfermeiros nos objetivos e estratégias do serviço, o Manual de

Integração ajudará a minimizar as consequências da “crise de integração”, fazendo aumentar a satisfação e o rendimento do trabalho.

Do exposto conclui-se que, são vários os fatores que influenciam a forma como decorre o processo de integração, contudo os mais importantes são o integrador e o integrado. Este binómio deve adotar um comportamento adequado e íntegro, visando, no desempenho das suas funções, atuar com autoconfiança e segurança perceptíveis ao indivíduo alvo do cuidado. No entender de Chiavenato (2001) um programa de integração eficaz, desenvolve e estimula o interesse e entusiasmo iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade de prestação de cuidados.

A integração organizada e metódica permite a diminuição do *stress*, o estímulo da autoconfiança e o auto desenvolvimento. Conduz ainda ao aumento da satisfação das necessidades pessoais e profissionais e à motivação, podendo contribuir para a redução do tempo de integração e para a diminuição dos custos associados à prestação de cuidados.

A instituição deve garantir uma integração plena, através da consecução das metas propostas, sendo-lhe imputada a responsabilidade no processo.

Resumindo, pode afirmar-se que, a integração do novo enfermeiro é indispensável, quer no que respeita a gestão de recursos humanos, quer para que se promova uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

3- EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

A enfermagem registou em Portugal, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

3.1- Exercício Profissional de Enfermagem

A literatura aponta para Florence Nightingale como precursora da enfermagem. Após Nightingale, surge uma nova forma de pensar a enfermagem.

O exercício profissional dos enfermeiros teve, no seu passado, um vasto conjunto de fatores cuja natureza ainda hoje pode ser observada. Por vezes o trabalho é desenvolvido em “tarefa”; associada aos protocolos a cumprir, prescrições e indicações médicas ou outras atividades dirigidas à esfera física, relegando-se para segundo plano (“*quando há tempo*”) os cuidados mais globalizantes, como o conforto emocional e afetivo, social e familiar (Hesbeen, 2001).

Para D’Espiney (2003, p.182), “*A prática profissional dos enfermeiros é indissociável da forma como está organizado o seu trabalho*”. É neste esquema funcional, que se podem verificar algumas das dificuldades que os enfermeiros têm em aplicar no quotidiano os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação, levando por vezes à frustração e baixa qualidade de cuidados prestados.

Parece-nos ser consensual que a enfermagem é um grupo profissional com corpo próprio de conhecimentos no Serviço Nacional de Saúde e com reconhecimento pela sociedade. Como prova evidente, temos o que se encontra descrito no Decreto-Lei nº. 124/98 de 12 de Agosto, que refere que os enfermeiros são uma comunidade profissional e científica de importante relevo no

desenvolvimento do sistema e uma garantia de qualidade dos próprios cuidados de saúde.

Numa análise da atual carreira, importa referir que esta se encontra dividida por categorias, com os respetivos conteúdos funcionais, nas áreas de prestação de cuidados, na área da gestão e na área da assessoria.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), estabelecido pelo Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, veio responder a uma lacuna legislativa quanto ao exercício profissional da enfermagem, que não dispunha de um instrumento jurídico contendo a sua regulamentação, e este possibilitou a clarificação de conceitos, intervenções e funções, bem como os aspetos básicos dos direitos e deveres dos enfermeiros. O diploma clarificou conceitos, procedeu à caracterização dos cuidados de enfermagem, especificou a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e definiu a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados, não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde mas também junto da população em geral.

A regulamentação do exercício profissional da enfermagem, correspondeu também aos princípios decorrentes da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e, designadamente, aos consignados na alínea c) da base XIV, no n.º 1 da base XV e no n.º 2 da base XL da mesma lei (Decreto Lei nº 161/96 de 4 de setembro, pontos 2,3 e 4 do preambulo).

Em 21 de abril foi publicado no Diário da República o Decreto-Lei nº 104/98, documento que permitiu a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), responsável pela regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros. Esse decreto contemplou, em anexo, o Estatuto da OE, documento que integra o Código Deontológico do Enfermeiro. A regulação profissional, pelos poderes que, através da Ordem, foram devolvidos à profissão, constituiu-se como pilar do desenvolvimento da enfermagem e instrumento de promoção da qualidade dos cuidados.

O prólogo do Decreto-Lei anteriormente referido, de 21 de Abril, lembra que a formação profissional dos enfermeiros está integrada no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico. Reforçando a pertinência social da profissão, indica que a formação em enfermagem tem uma profunda influência nas áreas da conceção, organização e prestação de cuidados de saúde às populações. Trata-se de um conjunto de aspetos que têm sido aprofundados através da

investigação aplicada, com benefícios evidentes para os saberes próprios da profissão. O referido decreto faz ainda nota da evolução da sociedade portuguesa e das suas exigências crescentes em matéria de cuidados de saúde, o que implica a existência de profissionais com competências próprias e com qualificações devidamente acreditadas.

Através da OE, o Estado confere aos Enfermeiros os poderes, que antes detinha, de regulamentação e controlo do exercício profissional, aspetos éticos, deontológicos e disciplinares. Segundo as competências que detém em matéria de política de saúde, formação e controlo do exercício e da qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE é uma associação fundamental, imprescindível e incontornável para o desenvolvimento da enfermagem.

O grande desafio que hoje se coloca à profissão, a nível dos contextos da prática e da formação, é a promoção da dimensão reflexiva sobre os cuidados. A prática reflexiva surge do debate e da insistência em pensar de forma sistemática as experiências profissionais, dir-se-ia que enforma um exercício profissional demonstrativo de capacidades específicas, destinadas a compreender cada indivíduo numa determinada situação de saúde, complexa e irrepetível e em diálogo com o outro.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional, distinguindo-se na sua prática, dois tipos de intervenções de Enfermagem: as iniciadas por outros técnicos de equipa (as intervenções *interdependentes*, como por exemplo, as prescrições médicas) e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro designadas por *intervenções autónomas de enfermagem*. A tomada de decisão do enfermeiro sobre a prescrição e implementação técnica da intervenção orienta-o para um exercício profissional autónomo, mas exige-lhe uma abordagem sistémica e sistemática sobre os cuidados.

No processo de tomada de decisão, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação sobre as experiências de cuidados ao longo da sua vida profissional, para se tornar cada vez mais competente. Este conhecimento, designado como conhecimento tácito (Fernandes 2004, citando Polany, 1962), contrasta com o conhecimento formal, explícito, baseado na evidência empírica, constitui uma base estrutural importante para aumentar o conhecimento de Enfermagem e a qualidade do exercício profissional.

Por sua vez, Benner (2005) e Schon (1987), ainda citados por Fernandes (2004), realçam a importância deste tipo de conhecimento (que denominam de

intuição), característico no perito, o qual, apercebendo-se das situações de saúde de uma forma holística, resolve-as de forma eficiente e eficaz.

E, é neste sentido da reflexão sobre as experiências profissionais vivenciadas, sobre o modo como estes se apropriam e integram as existências profissionais significativas e mobilizam os saberes profissionais, que a formação assume uma importância capital no percurso pessoal e profissional de cada um.

Parece-nos hoje consensual afirmar-se que o papel dos enfermeiros tem uma importância decisiva nos processos de transformação das organizações de saúde e de desenvolvimento do sistema de prestação de cuidados à população. Neste sentido, tem toda a pertinência problematizar e equacionar os seus processos de transformação da socialização profissional, nos diversos contextos em que estes decorrem; mesmo os processos de integração profissional, enquanto espaços de desenvolvimento profissional rumo ao desenvolvimento de competências.

3.1.1- Prática Profissional em Contexto de Urgência Hospitalar

A enfermagem de urgência é definida por Macphail (2001,p.6) como sendo: *“a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções. Os cuidados de enfermagem são episódicos, primários e, normalmente agudos.”*

Os serviços de urgência, segundo o mesmo autor, têm por finalidade promover uma abordagem correta das vítimas de acidente ou de doença súbita. Desta forma, o doente beneficia de um tratamento adequado, os serviços funcionam melhor e de forma mais organizada e constante, beneficiando o sistema no seu todo, dado que as atitudes clínicas nos locais de primeira intervenção traduzem-se num melhor transporte e encaminhamento mais útil para o doente.

Desde a década de 70 do século passado, começou-se a investir em profissionais que atuavam neste sector, dado que a atuação em situações de alto risco requer coragem, competência própria e ambientes facilitadores que apoiem a aprendizagem.

Aos enfermeiros da urgência são exigidos, cada vez mais, procedimentos perfeitos, executados com rapidez e eficiência, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no

cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade.

Neste ambiente, como nos refere Morais (2004), não basta apenas ter experiência cronológica, isto é, é fundamental uma atitude de reflexão e atualização constante para o trabalho que é urgente realizar.

Macphail (2001) considera que a enfermagem de urgência é pluridimensional, porquanto implica o conhecimento de vários sistemas do organismo. Os papéis assumidos pelos enfermeiros passam pela prestação de cuidados de urgência e emergência, investigação, gestão, ensino, consultoria e apoio jurídico. Os comportamentos profissionais inerentes à prática de urgência consistem na aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos e técnicas especializadas, responsabilidade ascendente e descendente, comunicação, autonomia e relações de colaboração com os outros.

Face às exigências do desempenho, os enfermeiros vêem-se obrigados a aprender e a desenvolver capacidades ao longo da vida.

Assim, precisam adquirir todo um conjunto de competências, privilegiando para tal as situações de trabalho, de modo a desenvolver um perfil profissional próprio, pela integração dos diversos saberes. De acordo com Le Boterf (1994, p. 41) *“os conhecimentos adquiridos através da formação são os conhecimentos e as capacidades que os formandos passam a deter depois de completada a sua formação profissional”*.

A competência é adquirida quando os saberes são aplicados e trabalhados, nas situações reais de trabalho.

O mesmo autor enfatiza as competências como um saber mobilizar, saber integrar e saber transferir, ou seja, o enfermeiro terá de ser capaz de mobilizar as capacidades ou conhecimentos adquiridos em momentos oportunos, organizando, selecionando e integrando apenas os conhecimentos úteis e saber adaptá-los às diferentes situações.

O desempenho no ambiente do SU exige uma preparação especializada do enfermeiro prestador de cuidados, sendo que a OE, por proposta do Conselho Diretivo, aprovou em Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Novembro/2010, o *Regulamento* n.º 124/2011, sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Neste documento, a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e

cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Assim, os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, prestados, maioritariamente, em contexto de SU, são entendidos como:

“(...) altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (OE, 2011)

O referido Regulamento n.º 124/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, defende que as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica são as seguintes:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Em relação à competência: “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”, espera-se que o enfermeiro:

- preste cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- gira a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- faça a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- assista a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.
- gira a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.
- gira o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

No que respeita à competência: “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação”, é expectável que o enfermeiro:

- conceba, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência;
- planeie a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multivítimas ou catástrofe;
- gira os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.

Relativamente à competência: “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, o enfermeiro deverá ser capaz de:

- conceber um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;
- liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

De acordo com Vaz e Catita (2000), o enfermeiro prestador de cuidados de urgência necessita de determinadas características, que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimentos adquiridos, mas também *com “ (...) a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes reflectem risco de vida ou de morte para o doente”* (p.14).

Macphail (2001) refere que o enfermeiro que exerce funções no SU possui uma especialização em cuidados de urgência, obtida quer através de formação académica quer pela experiência clínica.

Também Pires (2004) salienta as características pessoais e relacionais do indivíduo, desde a capacidade de trabalho em grupo, da tomada de decisão, da iniciativa, da liderança, como pilares dos perfis profissionais.

Tendo em conta a especificidade do SU, os enfermeiros que ali trabalham têm que possuir formação específica dentro da área de atuação; formação esta, que segundo Nunes (2007, p. 10) *“não deve ser apenas teórica, mas deve ser teórico-prática tentando colocar os profissionais em contexto de formação na situação mais próximo do real.”*

Não só os conhecimentos teóricos são essenciais para a prestação de cuidados de qualidade, como também a técnica, a habilidade e a destreza manual. Estas características são componentes fundamentais no desempenho do enfermeiro,

sendo mais notório a sua importância perante a prestação de cuidados ao doente urgente/emergente.

A avaliação inicial realizada pelo enfermeiro é a base de todos os cuidados prestados ao doente no SU. Nesta avaliação são recolhidos dados para identificar os problemas do doente e implementar as intervenções terapêuticas adequadas. Os doentes que não apresentem risco de vida são sujeitos a uma avaliação de rotina, ou seja, identificação da queixa principal, sinais vitais, medicamentos tomados e presença de alergias, enquanto a avaliação do doente urgente e emergente, assenta numa nomenclatura internacional, sistemática e sequencial composta pelo A (via aérea) B (ventilação) C (circulação) D (disfunção neurológica) E (exposição).

3.2- Desenvolvimento de Competências

Concebe-se o conhecimento como dinâmico, personalizado, contextualizado, socialmente construído, interligado nas suas parcelas. Exige-se dos profissionais competência, responsabilidade, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes.

A noção de competência é associada a essa representação. Um profissional competente é aquele que evidencia qualidade no seu desempenho, vulgo, é “aquele que executa bem, que não falha”, aquele que proporciona qualidade aos “clientes” com os quais interage.

Sendo a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros representada por um conjunto de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, definidos pela Ordem, a qualidade é condicionada pelas competências profissionais, habilidades e conhecimentos que fundamentam a ação dos enfermeiros, influenciando as dimensões mais abrangentes da qualidade do atendimento em saúde.

Na prática, efetiva-se a relação entre competências e exercício profissional, implicando-se o contexto de trabalho como fator dinamizador e de desenvolvimento de competências.

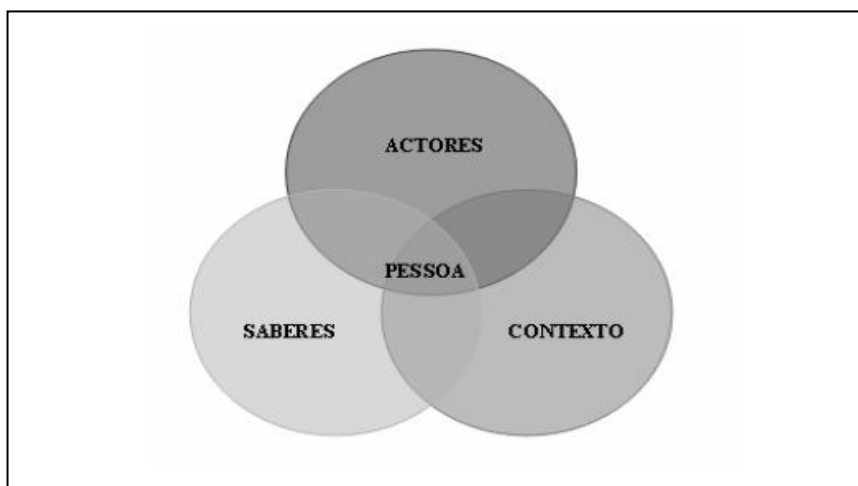


Figura 3: Dimensões do processo de desenvolvimento de competências

A utilização do conceito de competência aparece pela primeira vez na enfermagem, referenciado na escrita de Florence Nightingale, no livro “*Notes on Nursing*”, em que o termo competência é usado para referir as “qualidades” (características) que as estudantes deveriam possuir para serem enfermeiras no final do curso (Fernandes, 2007).

O conceito de competência tem vindo a evoluir e tem-se estabilizado como sendo uma combinação de conhecimentos, saber-fazer e comportamentos profissionais necessários para responder às situações profissionais evolutivas, estruturadas na ação e, quando em interação com outro, numa dimensão social e simbólica (Flück, 2001).

Para Ceitil (2006), o conceito surgiu com David McClelland na década de 70, onde este questionava, no âmbito da Psicologia, as tradicionais medidas das aptidões e a sua relação com o desempenho, a “performance profissional”.

Competência refere-se à capacidade de um indivíduo demonstrar habilidade, de compreender e fazer determinadas tarefas de forma adequada, eficaz e coerente com as expectativas de uma pessoa qualificada pela educação e formação numa profissão ou especialidade (Kaslow, 2004). A competência pode ser entendida como capacidades humanas mensuráveis que envolvem conhecimentos, habilidades e valores, que são montados no desempenho do trabalho (Falender e Shafranske, 2004; Hoge, Tondora e Marrelli, 2005) (Kaslow, 2004).

Sá-Chaves (2007, p.48) define, de forma simples e original o conceito de competência: “*cada acto de Bem-fazer e Fazer bem.*” Neste sentido, a mesma autora defende que, um profissional competente é aquele que detendo um conjunto vasto e sólido de conhecimentos e capacidades,

“toma, executa e avalia as decisões que selecciona, em circunstâncias quase sempre imprevisíveis, de modo a que estas se constituam como soluções adequadas, socialmente legitimáveis e abertas a constantes reajustamentos para poderem continuar a garantir a sua responsabilidade à instabilidade permanente.”

Para ser competente é, ainda, crucial *“querer e poder fazer bem, algo que se sabe bem, num ambiente de bom convívio entre as pessoas”* (Jacinto, 2008, p.6) e de acordo com Dias (2005, citado por Rodrigues *et al.*, 2007, p.54) as competências são *“um conjunto de saberes ligados à formação inicial e à experiência proveniente da acção adquirida ao longo do tempo, de forma empírica, não sistematizada e que se manifesta em situações concretas de trabalho”*.

Na perspetiva de Canário *et al.* (1996) a competência é um repertório de conhecimentos, de capacidades e de princípios de valorização profissional, que o indivíduo traz para a sua ocupação e se desenvolve através dela.

Segundo Alarcão (2001, p.54) a competência é concebida como sendo um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes que se revela no correto desempenho em situação real. Ou seja, *“a competência não se vê; presume-se.”*

Para Le Boterf (1994, 1997) a competência constitui um processo dinâmico aliado a uma complexidade própria e em constante (re)construção através da interação entre o sujeito e o meio envolvente. Detém um *“duplo carácter operativo e finalizado; é competência para agir, e apenas faz sentido em relação à finalidade da acção, numa determinada situação”* (Pires, 2005, p.291).

A competência é adquirida quando a formação é aplicada devidamente e com conhecimento de causa, nas situações de trabalho concreto. Segundo Pires (2005), Le Boterf (1994) enfatiza as competências como um saber mobilizar, saber integrar e saber transferir, ou seja, o enfermeiro terá de ser capaz de mobilizar as capacidades ou conhecimentos adquiridos em momentos oportunos, organizando, seleccionando e integrando apenas os conhecimentos úteis e adaptando-os às diferentes situações.

Fazendo uma breve síntese, o conceito de competência para Le Boterf, segundo Pires (2005, p.294), baseia-se no facto de a competência ser essencialmente *“um «saber agir», responsável e validado, que se baseia em «saber mobilizar», «saber integrar» e «saber transferir» recursos tão diversos como conhecimentos, capacidades, atitudes, etc.”* Assim sendo, o profissional competente é aquele que

sabe ir além das prescrições, sabe agir e, como tal, toma iniciativas.

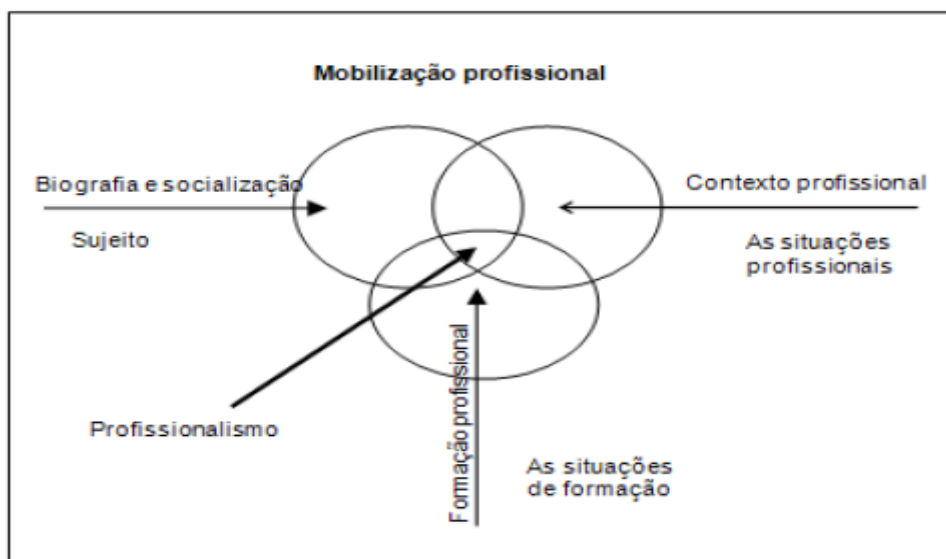


Figura 4: Domínios do desenvolvimento de competências (adaptado de Le Boterf, 1994)

A problemática sobre competências é trabalhada por Perrenoud (1998) que evoca o seu interesse na organização de uma estrutura dinâmica orientadora para as capacidades a desenvolver.

Esta ideia, citada por Fernandes (2007), é suportada pelo que designa "*saberes em uso*" entendidos como ação do pensamento sobre os saberes que orientam uma ação simbólica e que permitem estruturar novos saberes. Os saberes em uso incluem o saber teórico ou formalizado e o saber prático. O saber teórico (define o que é) desdobra-se em saber técnico (o que se deve fazer) e em saber metodológico (como se deve fazer). O saber prático, sendo o conhecimento gerado na ação, não está formalizado, é expresso mais em atos que em palavras, é relacionado com o saber teórico mas é na maioria um saber tácito.

Patrícia Benner (2005), na sua teoria sobre o desenvolvimento de competências de iniciado a perito, identifica cinco níveis de "desenvolvimento profissional", reconhecendo em cada nível características específicas. Utilizando o modelo definido por Dreyfus (1981) no qual se considera que a aquisição e o desenvolvimento de perícia de um indivíduo passa por cinco níveis de proficiência: Nível 1 – Principiante; Nível 2 – Principiante avançado; Nível 3 – Competente; Nível 4 – Proficiente; Nível 5 – Perito. Estes níveis refletem três tipos de mudanças no enfermeiro que aprende, na sua performance, podendo-se expor da seguinte forma:

- Passagem da fase de adoção de conhecimentos teóricos para uma intencionalidade de aplicação dos mesmos;

- Percepção do meio que o profissional integra e enquadramento correto de situações;
- A participação do enfermeiro como parte integrante da situação, passando de agente exterior para envolvido e participante.

O nível iniciado aplica-se não só aos estudantes de enfermagem que não têm nenhuma experiência das situações com que são confrontados, aos recém-formados, mas também a qualquer enfermeiro que se integre num serviço novo em que não conhece os doentes, as rotinas próprias do novo serviço e não está por dentro das unidades específicas que lá são desenvolvidas. Torna-se necessário ensinar estes enfermeiros e facilitar-lhes a aquisição de experiências, de forma a desenvolverem as suas competências. São-lhes descritas situações concretas da prática de enfermagem, assim como as regras e as normas, de forma a guiar os seus atos.

No nível oposto, o enfermeiro perito tem uma enorme experiência e capacidade de compreender de uma forma intuitiva cada situação, assim como uma apreensão direta sobre um problema, sem se perder numa vasta possibilidade de soluções. Na verdade, um perito dispõe de diferentes saberes que são provenientes tanto da sua vida pessoal, como da sua formação e da sua experiência profissional. Estes saberes permitem-lhe dispensar apoiar-se sobre uma regra, ou uma indicação, uma vez que a sua experiência permite-lhe ter um elevado nível de competência.

O desenvolvimento de competências faz parte do processo de crescimento do indivíduo, *“na medida em que se adquirem, desenvolvem e actualizam ao longo da vida – através dos processos de aprendizagem que ocorrem numa multiplicidade de contextos – e contribuem para a construção das identidades pessoais e profissionais.”* (Pires, 2005, p.261). No contexto de enfermagem, e especificamente no contexto de desenvolvimento deste estudo, entendemos o desenvolvimento de competências como um processo resultante da constante interação tripartida, enfermeiro – cliente - contexto de cuidados (serviço de urgência) e não apenas de um conjunto de saberes acumulados, pela prática ou pela formação.

O enfermeiro desenvolve as suas competências no decurso da sua experiência profissional, no confronto com os outros, gerindo em cada momento a imprevisibilidade e complexidade de cada situação, mas é fundamental que estas estejam identificadas.

Constata-se, portanto, a existência de diversas perspetivas no que concerne à definição de competência, verificando-se que algumas convergem para uma explicação semelhante e outras tornam-se contraditórias ou até mesmo paradoxais.

Assim, a noção de competência não tem um carácter consensual. Pires (2005, p.261) chega a referir que se trata de um conceito “*polissémico*” e que compreende diversos significados, sendo “*utilizado em diferentes domínios disciplinares, traduzindo uma diversidade de abordagens possíveis*”.

Em enfermagem, se os ganhos em saúde dependem de bons níveis de desempenho revelados por perfis de competências, é importante que as instituições privilegiem metodologias educativas que as desenvolvam.

Nesta perspetiva, competência deve alicerçar-se num conjunto de características entre as quais destacamos:

- uma personalidade equilibrada e humanista, responsável;
- conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados;
- capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares;
- uma atitude de aprendizagem continuada. (OE, 2003)

A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros sofre a influência das competências profissionais, habilidades e dos conhecimentos que fundamentam a ação de cada enfermeiro (OE, 2001) e, por sua vez, influencia as dimensões mais abrangentes da qualidade em saúde, “*(...) daqui se infere o papel de charneira que o exercício individual e colectivo dos enfermeiros pode ter para a qualidade nos sistemas de saúde*” (Pereira, 2006, p. 86).

Tentando materializar esta ideia, a OE, no artigo 7º dos seus Estatutos, faz referência a um Sistema de Certificação de Competências que contempla um período de EPT para atribuição do título de enfermeiro e a ponderação dos processos de certificação de competências numa área clínica de especialização para atribuição do título de Enfermeiro Especialista, que o Conselho de Enfermagem entende dever acontecer, igualmente, num período de prática tutelada a que denominou de DPT. (OE, 2010)

Entende ainda o Conselho de Enfermagem da OE, que estes períodos de Prática Tutelada em Enfermagem devem acontecer no quadro de um Modelo de Supervisão Clínica que define, em condições de Idoneidade Formativa que refere, e que para a atribuição do título profissional concorrem dois processos sequenciais que são a Validação de Competências e a sua Certificação.

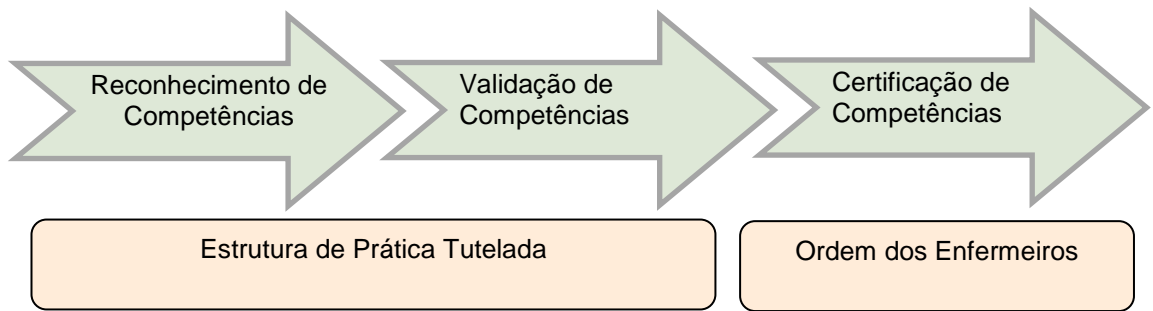


Figura 5: Modelo de Desenvolvimento Profissional (adaptado de OE, 2010)

É neste sentido que entendemos o processo de desenvolvimento de competências em contexto de trabalho como um processo supervisivo, com uma liderança formal ou informal, legitimada e reconhecida, com reflexão sobre problemas identificados na prática clínica dos cuidados, com consciencialização e partilha coletiva pelos enfermeiros, com conseqüente transformação do conhecimento e integração de esquemas de ação.

3.3- Desenvolvimento Profissional e Governação Clínica

A OE (2001), pronunciando-se sobre os cuidados de qualidade, refere que o maior desafio que se coloca à enfermagem passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos, acrescentando que a qualidade exige reflexão sobre a prática para definir os objetivos do serviço a prestar e o delinear de estratégias para os atingir.

Para Abreu (2001), o conhecimento não é suficiente para o desenvolvimento das práticas profissionais; um elevado conceito de si, níveis mais consistentes de segurança e um maior envolvimento na vida das organizações pode estar na origem de maior abertura para os processos de mudança.

Há que acrescentar a esta ideia a posição de Hesbeen (2000), que refere que os enfermeiros devem compreender a grandeza da sua profissão. Enquanto “cuidadores” numa sociedade de trabalho, realizam algo que tem de ser feito, com mais ou menos complexidade.

Exige-se reflexão, competência e responsabilidade aos profissionais, no quadro destas atividades assistenciais.

A Governação Clínica é um sistema para melhorar os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, que se baseia numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditoria, gestão

do risco, envolvimento dos doentes), para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais prestem contas e se responsabilizem pelos atos da sua prática clínica (DoH, 1998; Scally e Donaldson, 1998)

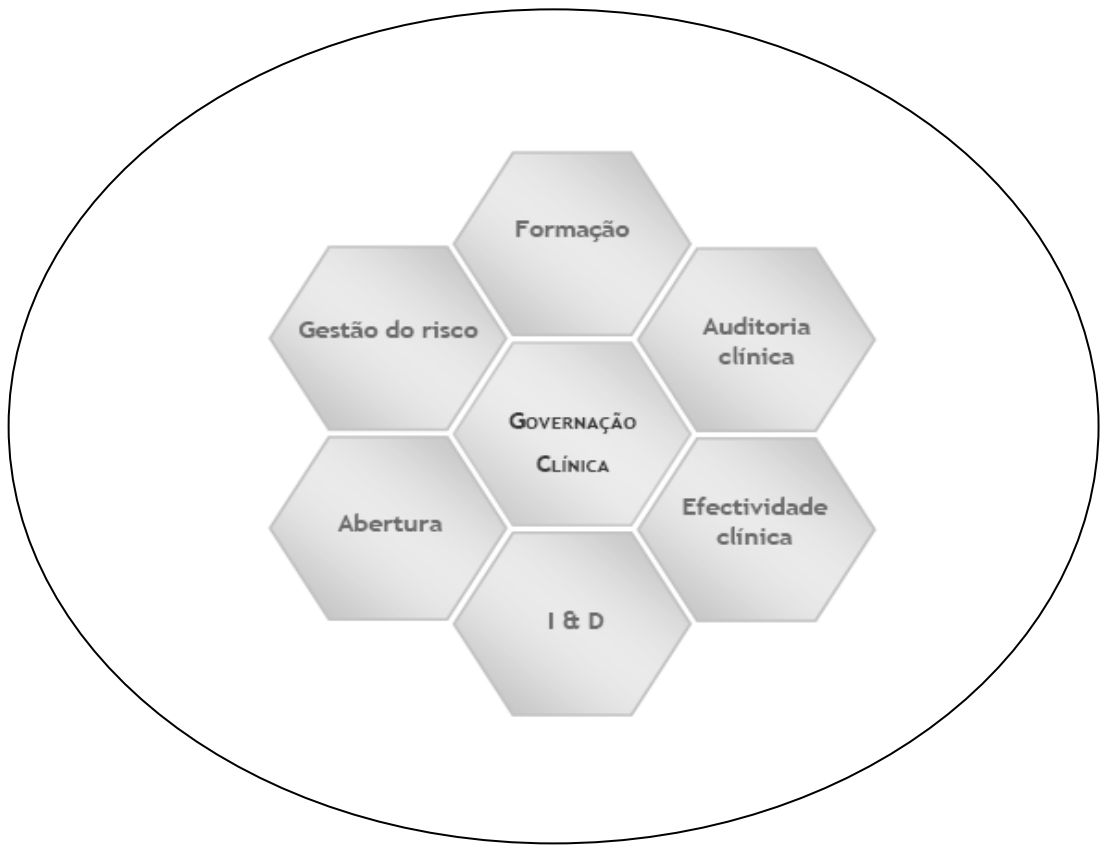
O termo foi introduzido pela primeira vez, em 1997, no livro branco da saúde do *National Health Service (NHS)*: “*The New NHS Modern, Dependable*”, traduzindo uma estratégia de modernização do sistema de saúde. (Campbell *et al*, 2002)

No documento original, a Governação Clínica era caracterizada como um quadro através do qual as organizações prestadoras de cuidados de saúde seriam responsáveis pela melhoria contínua da Qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimulasse a excelência dos cuidados clínicos.

O *Royal College of Nursing*, em 1998 (Fernandes, 2011) definiu Governação Clínica como um trabalho de ajuda a todos os clínicos, incluindo os enfermeiros, para promoverem de forma contínua a qualidade e os *standards* de segurança afetos aos cuidados.

A literatura refere que a Governação Clínica é um chapéu para tudo aquilo que permite sustentar altos níveis de padrões de qualidade dos cuidados, o desenvolvimento das práticas clínicas, o planeamento e organização de cuidados com base em metas e resultados concretos (Fernandes, 2011).

Os princípios da governação clínica implicam uma clara definição da responsabilidade pela qualidade dos cuidados clínicos; a existência de um programa de melhoria da qualidade (auditorias clínicas, Normas de Orientação clínicas, planeamento e desenvolvimento dos recursos humanos); planos de educação e treino da equipa; gestão do risco; programas integrados de identificação e correção do mau desempenho (DGS, 2002).



Fonte: Chandra (2004, p. 89) (adaptado de Starey, 2003)

Figura 6: Componentes da governação clínica

Estes princípios poderão ser entendidos como redutores, se pensarmos em todos os determinantes da qualidade clínica, englobando todas as questões que dizem respeito aos *inputs* (recursos financeiros, instalações, recursos humanos, etc.), às estruturas, aos processos e aos resultados. Daí que alguns autores tenham proposto uma definição mais abrangente e definam a Governação clínica como “um sistema através do qual as organizações de cuidados de saúde promovem uma abordagem integrada de gestão dos *inputs*, das estruturas e dos processos com vista à obtenção de melhores resultados na prestação de cuidados de saúde num ambiente de maior responsabilização pela qualidade clínica (Rosen, 2000). A Governação Clínica procura assegurar que os prestadores de cuidados, como “agentes” dentro do sistema de saúde, são responsabilizados/prestam contas pelas suas práticas, ao mesmo tempo que a autonomia de cada um deles é respeitada (Mannion e Davies, 2002).

A reforma dos serviços de saúde inclui como conceito central a qualidade; a observância da qualidade exige uma cultura institucional de sucesso, de aprendizagem com os erros, o desenvolvimento de uma comunicação eficiente entre todos os membros da equipa de saúde e o entendimento daquilo que se impõe relevante no trabalho em saúde.

Este conceito particulariza para a Saúde a ideia mais global de qualidade que envolve a adequação de um serviço fornecido por um prestador de cuidados às necessidades de quem o recebe e que, no caso da Saúde, engloba dimensões como a segurança, eficiência, efetividade, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e o respeito.

Também o crescimento da despesa em saúde impõe uma maior pressão sobre a necessidade de eficiência e efetividade. Por sua vez, o crescimento da exigência do público, um maior escrutínio pelos média e o aumento das litigações associado a uma maior intolerância dos decisores ao erro e à falta de qualidade, são fortes estímulos para mudanças que melhorem as várias dimensões da Qualidade.

Entende-se que a Supervisão Clínica é vital para o quadro de Governação Clínica, porque garante oportunidades de melhoria contínua. Governação Clínica e desenvolvimento do exercício profissional de enfermagem são indissociáveis na potencialização da Supervisão Clínica de Pares. Segurança nos cuidados, manutenção e desenvolvimento da qualidade, cultura de aprendizagem e responsabilidade organizacional e profissional constituem, de acordo com Fernandes (2011), citando McSherry (2011), o núcleo de trabalho para a Governação Clínica.

PARTE II ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1- METODOLOGIA

A investigação em enfermagem pretende a produção de conhecimento sólido e novo, numa abordagem rigorosa e sistemática do objeto de estudo e subscreve como características fundamentais, a organização e o planeamento da mesma (Burns, Grove e Soriano, 2004). É chegado o momento de apresentarmos o caminho percorrido, para a persecução deste trabalho.

Assim, a descrição do nosso estudo encontra-se organizada em alguns subcapítulos: contexto de trabalho e de estudo, objeto da investigação e tipo de estudo, interrogações à investigação, objetivos e finalidade, população e amostra, método de recolha de dados e de análise, e por último discussão dos resultados.

1.1- Contexto de Trabalho e de Estudo

A escolha do SU do Hospital onde exerce funções para campo de estudo, teve a ver com o interesse particular do investigador sobre a Supervisão Clínica e em conhecer os factos que caracterizam o fenómeno de “integração de novos enfermeiros” naquele contexto, associada à intenção de poder contribuir, com as conclusões obtidas, para a instituição de um modelo de Supervisão Clínica, melhoria das dinâmicas supervisivas, enfim, um processo de integração de novos enfermeiros, compatível com uma nova conceção de cuidados e uma performance profissional na qual vigore um perfil de competências a aproximar-se do perfil de competências já regulamentadas pela OE para esta área e domínio de exercício dos cuidados.

Os contextos de trabalho conferem significados e sentidos muito próprios às práticas de saúde e do exercício profissional, na medida em que estas dependem de uma cultura académica (que cada um dos enfermeiros transporta e transmite) e de uma cultura institucional visível e definida em ambiente de trabalho, marcada por fatores materiais, relacionais e simbólicos decorrentes do funcionamento da organização de saúde (Abreu, 2007).

Cada organização é portanto detentora de uma cultura específica, a partir da qual é possível perceber os comportamentos, as atitudes e as escolhas dos diferentes atores que nela intervêm.

No sentido de compreendermos todo o processo, começaremos por descrever os aspetos que caracterizam o referido contexto:

Hospital do Norte do país, considerado de Média Dimensão (Classe B) (cerca de 130 camas), sendo um Hospital de referência para uma população de, sensivelmente, 160 mil habitantes, pertencentes a dois Concelhos contíguos; o respetivo SU está classificado como Básico com apoio Médico-Cirúrgico (com movimento diário médio de cerca de 200 doentes), apresentando em cada dia de trabalho o apoio das seguintes Especialidades Clínicas e o respetivo número de médicos da equipa: Clínica Geral (dois a três), Medicina Interna (dois), Cirurgia (dois), Ortopedia (dois), Pediatria (dois), Anestesia (um), Patologia Clínica (um) e Imuno-Hemoterapia (um).

A Equipa de Enfermagem do SU é composta por 40 enfermeiros (incluindo a Enfermeira-chefe), sendo seis deles Enfermeiros Especialistas (cinco com Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, um com Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). De realçar que dez elementos desta equipa são certificados pelo INEM com o Curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), prestando por isso, serviço na VMER sedeadada na instituição; além desta formação, destaca-se o facto de um número muito considerável de elementos da referida equipa possuírem formação académica Pós-graduada, nomeadamente na área da Urgência / Emergência, Trauma, Estomaterapia e até Supervisão Clínica (um elemento). O rácio de Enfermeiros por Turno de Trabalho é de seis, sendo um responsável pela Sala de Triagem de Doentes (Triagem de Manchester), um pela Sala de Atendimento a doentes Urgentes, Pouco Urgentes, Não Urgentes (Amarelos, Verdes, Azuis respetivamente), um pela Sala de Medicina Interna, um pelas Salas de Cirurgia/Ortopedia e Emergência, um pela Sala de Observações (OBS) e o restante, pela Urgência Pediátrica. As cores significam a prioridade de atendimento dos utentes, sendo que o Amarelo significa doente Urgente, com um tempo alvo de atendimento de até 60 minutos, o Verde significa doente Pouco Urgente, com um tempo alvo de atendimento até 120 minutos e o Azul diz respeito a doentes não Urgentes, com tempo alvo de atendimento de até 240 minutos.

O serviço é, habitualmente, campo de estágio de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem de várias Escolas de Enfermagem do Norte do País, que lá realizam o último Ensino Clínico do Curso, o estágio final também designado por estágio de integração à vida profissional. A rotatividade de enfermeiros no serviço (isto é, a mobilidade dos enfermeiros para fora do serviço e para a equipa) tem sido razoável, pois nos últimos três anos foram admitidos cinco novos Enfermeiros; diretamente relacionado com essa rotatividade (mobilidade), o Plano de integração de novos enfermeiros no serviço contempla, habitualmente: uma semana de observação durante o Turno da Manhã, em que o “novo” enfermeiro é acompanhado por um colega mais experiente, escolhido diariamente pela Enfermeira-chefe. Este dueto (enfermeiro novo-enfermeiro integrador) roda por todos os sectores do serviço, seguido de mais três semanas acompanhado por um colega mais experiente e seguindo o seu horário de rotatividade de Turnos. Sobre a metodologia de trabalho, o enfermeiro que recebe o doente no serviço é o enfermeiro que o acompanha até à sua alta para o domicílio ou transferência para outro serviço dentro ou fora do hospital. Está estabelecido, portanto, o método de enfermeiro responsável. Apesar da prestação de cuidados individualizados, promove-se o trabalho em equipa, com a colaboração permanente dos assistentes operacionais, da equipa médica e de outros técnicos de saúde, além da interação com as diferentes corporações de Bombeiros e com o envolvimento permanente da família ou conviventes significativos.

Existe no serviço, um “Manual de Enfermagem”, que embora desatualizado, em tempos terá auxiliado a integração dos novos enfermeiros nos aspectos gerais da Administração Pública e organizativos da Instituição, através da compilação de um conjunto de documentos relativos a legislação diversa, circulares informativas e normativas, normas de actuação na gestão dos riscos clínico e não clínico, recomendações diversas, procedimentos relativos à organização de resíduos hospitalares, administração de componentes sanguíneos, entre outros.

Se considerarmos que os episódios de urgência que ocorrem neste serviço são de natureza médica e cirúrgica, as situações clínicas mais comuns são, essencialmente, da área da Medicina, com alguma atividade residual na área da Cirurgia, do pequeno/médio Trauma; nesta matéria poder-se-á realçar o facto de, no ano 2011, dos cerca de 78. 000 episódios de urgência registados, apenas 18% estavam relacionados com transtornos da área cirúrgica e/ou ortopédica, pese

cuidados, tendo em conta o convívio próximo com as situações agudas ou as situações crónicas agudizadas.

Para um desempenho desta natureza, é fundamental uma infraestrutura adequada, além de uma equipa de enfermagem treinada, possuidora de vastas competências devidamente identificadas, nomeadamente nos domínios técnico-científicos; nesta matéria realça-se a necessidade de conhecimentos atualizados, destreza técnica e facilidade no manuseio dos avançados meios e equipamentos técnicos e tecnológicos próprios destes cenários, nomeadamente, monitores eletrocardiográficos, seringas e bombas infusoras, aspiradores e ventiladores mecânicos, aparelhos de análise de gases sanguíneos, eletrocardiógrafos, aquecedores de fluidos, mangas de pressão infusoras, colchões de pressão alterna, equipamentos de Ventilação Não-Invasiva, entre outros.

1.2- Tipo de Estudo

Burns, Grove e Soriano (2004, p. 3) dizem-nos que a investigação em enfermagem significa pesquisar de novo e estudar com cuidado, definindo-a como o “(...) *estudo sistemático e completo que dá por válidos conhecimentos já existentes e desenvolve outros*”. Acrescentam como características fundamentais da investigação, a planificação, organização e persistência, elementos essenciais de garante da produção de um corpo de conhecimento válido e sustentado (Ibidem, 2004). Algo que temos vindo a fazer e vamos tentar continuar a introduzir neste relatório.

A opção metodológica para este estudo orientou-se para uma abordagem qualitativa de natureza exploratório-descritiva e transversal, compatível com a preocupação do investigador em compreender as práticas supervisivas dos enfermeiros de um serviço específico (SU de um Hospital do Norte do País) para a integração de novos colegas – *o processo de integração de novos enfermeiros*.

A incipiente exploração de um certo tema na literatura disponível, o carácter descritivo da pesquisa que se pretende iniciar ou a intenção de compreender um fenómeno complexo na sua totalidade constituem pretextos para o desenvolvimento de um estudo qualitativo (Yin, 2001). A natureza qualitativa desta investigação advém não apenas do tipo de técnicas de recolha de dados mas sobretudo dos próprios objetivos do estudo, que apontaram no sentido de compreender e descrever o fenómeno, o acompanhamento e desenvolvimento de competências

profissionais nos novos enfermeiros no contexto real de trabalho. (Quivy e Campenhoudt, 2003).

O estudo é descritivo, uma vez que “(...) *consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta (...)*” (Fortin, 2009, p.163), e com a finalidade de “(...) *observar, descrever e documentar os aspectos da situação (...)*” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 177). É exploratório, atendendo a que, dada a pesquisa realizada e o tema específico em questão, não foram encontrados estudos em Portugal.

A investigação qualitativa surgiu na Antropologia e na Sociologia, mas, nos últimos 30 anos, ganhou espaço na Psicologia, Administração e Educação.

No âmbito da metodologia qualitativa aplicada à saúde,

“(...) emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenómeno em si, mas entender o seu significado individual ou colectivo para a vida das pessoas (...) o significado tem função estruturante em torno do que as coisas significam (...)”. (Turato, 2005, p. 509).

E nesta medida procura-se entender o significado coletivo disto que se designa por “integração de novos enfermeiros”. Este entendimento será sem dúvida estruturante, como diz Turato, do significado das coisas. O investigador procura um método apropriado para dar resposta às suas interrogações, atendendo aos fenómenos específicos em estudo (Streubert e Carpenter, 2002).

Embora reproduzindo o significado e a interpretação que as pessoas efectuem dos fenómenos, os métodos qualitativos não se excluem da exigência de rigor científico, no que concerne à fidelidade e validade dos resultados (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

A este respeito a literatura diz-nos que em pesquisa qualitativa, os investigadores não conceptualizam os estudos como tendo variáveis dependentes ou independentes, e raramente manipulam qualquer aspeto do estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004), no sentido em que o objetivo se centra na interpretação da realidade na perspetiva dos participantes (Turato, 2005).

Efetivamente este estudo é novo. Em Portugal não existem estudos que explorem e relatem tal fenómeno na perspetiva de quem faz a condução da integração.

No sentido de melhor explicar o que foi todo o trajecto investigativo deste

estudo, apresentamos em anexo (Anexo I) o Cronograma da Investigação.

1.3- Questões de Investigação

Tendo em conta que o tema deste estudo é: “**Supervisão Clínica de Pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros**”, existiam algumas curiosidades, entre as quais consideramos importante definir as seguintes:

1. “Como é que é realizada a integração de novos enfermeiros no SU?”
2. Que competências são valorizadas pelos enfermeiros para a realização do papel, *integração de novos enfermeiros no serviço?*”

Tentando, de todas as formas possíveis, responder a esta inquietação, tão importante para compreender o fenómeno e propor um modelo para a mudança, confrontamo-nos com a evidência de ser possível, já ao longo do enquadramento teórico, identificar a importância das práticas de integração, designadas por práticas supervisivas, no desenvolvimento do processo de integração dos enfermeiros.

A literatura demonstra, tal como se referiu ao longo da primeira parte deste estudo, que a Supervisão Clínica em enfermagem surge, enquanto terminologia, como um método organizado, uma forma de garantir e estabelecer a qualidade dos cuidados de saúde em geral e da enfermagem em particular, através de processos que visam acompanhar os profissionais, orientação de práticas e comportamentos, orientação para o desenvolvimento de vários aspetos pessoais e profissionais, acompanhando e ajudando de forma sistematizada o supervisionado a crescer e a fazer crescer a sua instituição pela produção, pela qualidade no trabalho.

Ao longo de todo o enquadramento teórico foi visível a importância da Supervisão Clínica em enfermagem, como estrutura sistemática de apoio pessoal e profissional. Foi igualmente evidenciado que se tornou prática estruturante para o desenvolvimento das competências pessoais e profissionais dos enfermeiros, e embora a muito ténue existência em Portugal, é citada no MDP regulamentado pela OE.

1.4- Finalidade e Objetivos do Estudo

A finalidade do estudo tem a ver com o facto de que, a compreensão do fenómeno, (integração de novos enfermeiros no SU) permitir-nos-á organizar práticas supervisivas (um modelo de Supervisão Clínica) que sustentem desenvolvimentos profissionais compatíveis com a profissão e desempenho do papel no SU. Logo, a finalidade será propor um modelo de Supervisão Clínica tendente a integrar novos enfermeiros no SU, respeitando a integração nas NOC, no desenvolvimento de competências específicas e na ideia de uma aprendizagem ao longo da vida.

Para compreendermos o fenómeno atual e podermos estruturar um modelo eficaz, enunciamos os seguintes objetivos enquanto principais linhas orientadoras para a recolha de dados desta investigação:

1. Identificar um suporte teórico argumentativo sobre a necessidade/importância de modelos de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, com recurso a práticas de Supervisão Clínica; para tal recorreremos a uma revisão de literatura;
2. Conhecer o conceito de processo de integração;
3. Perceber as competências que os enfermeiros que realizam o processo de integração no SU põem em prática e querem desenvolver nos seus supervisados;
4. Conhecer as competências supervisivas que os enfermeiros que realizam a supervisão mais valorizam no processo de integração;
5. Perceber quais as práticas supervisivas mais valorizadas pelos enfermeiros do SU no processo de integração de novos enfermeiros;

Pretende-se que este estudo contribua para a orientação de pesquisas futuras no âmbito da supervisão das práticas clínicas, em prol da qualidade em saúde, através de uma performance profissional competente.

1.5- População e Amostra

A população é definida como “(...) *um grupo de pessoas ou elementos com características semelhantes, (...) que satisfazem os critérios de inclusão definidos à priori e que permitem fazer generalizações*” (Fortin, 2009, p. 311).

Assim, na sua globalidade, uma população representa “ (...) *um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados (...)*” (Polit, Beccck e Hungler, 2004, p. 221). A população alvo do estudo foi a equipa de enfermeiros do SU do Hospital designado, sendo desta equipa definida uma amostra, segundo critérios estabelecidos. A seleção da amostra foi do tipo intencional, gerada por critérios de inclusão para cada um dos participantes.

Assim, os critérios de seleção da amostra foram: os anos de trabalho no serviço (SU) (estar no serviço há mais de 3 anos); ter experiência em integração de novos enfermeiros.

Com a ajuda da Enfermeira-chefe foi elaborada uma lista de enfermeiros que preenchiam os critérios de seleção onde constavam onze nomes, mas em virtude de um deles se encontrar em gozo de férias no momento da colheita dos dados (realização do *Focus Group*) apenas dez conseguiram integrar a amostra.

Passamos a apresentar a caracterização socioprofissional desta amostra:

. Género

| Género | População | N=10 |
|--------|-----------|--------|
| | | FR (%) |
| M | 3 | 30,0 |
| F | 7 | 70,0 |

Quadro N° 2: Caracterização da amostra de enfermeiros quanto ao Género

Na amostra em estudo o sexo feminino foi o mais prevalente, com 70% dos casos ($\underline{n} = 7$), sendo o sexo masculino representado por 30% dos casos ($\underline{n} = 3$).

. *Idade*

| Idade | População | N=10 |
|-----------|-----------|--------|
| | | FR (%) |
| >30 e 35≤ | 2 | 20,0 |
| >35 e ≤40 | 3 | 30,0 |
| >40 e ≤45 | 4 | 40,0 |
| >45 e ≤50 | 0 | 0,0 |
| >50 | 1 | 10,0 |
| Total | 10 | 100 |

Quadro Nº 3: Caracterização da amostra de enfermeiros quanto à Idade

As idades dos enfermeiros variam entre os 30 anos e os >50 anos. Na amostra o maior número de enfermeiros situa-se, quanto à sua idade, entre os 40 e os 45 anos, no valor percentual de 40,0%. Seguem-se os enfermeiros com idades compreendidas entre os 35 e 40 anos com 30,0% dos casos, seguidos dos enfermeiros com idade inferior a 35 anos no valor percentual de 20,0% e por último, os enfermeiros com idade superior a 50 anos com 10,0% dos casos.

. *Tempo de exercício profissional*

| Tempo de exercício profissional | População | N=10 |
|---------------------------------|-----------|--------|
| | | FR (%) |
| >10 e 15≤ | 3 | 30,0 |
| >15 e ≤20 | 5 | 50,0 |
| >20 e ≤25 | 1 | 10,0 |
| >25 e ≤30 | 1 | 10,0 |

Quadro Nº 4: Caracterização da amostra de enfermeiros quanto ao tempo de exercício profissional

Quanto ao tempo de exercício profissional, podemos verificar que na amostra, a maioria dos enfermeiros representa a classe dos 15 aos 20 anos, com 50,0 % dos participantes. Isto é 50% do grupo tem entre 15 e 20 anos de exercício profissional e cerca de 30% entre 10 a 15 anos de exercício prático. A classe que

compreende os 10 e os 15 anos foi a segunda mais representativa, com 30,0 % dos enfermeiros. Percebe-se que a maioria tem entre 10 e 20 anos de prática.

. *Tempo de exercício profissional no SU*

| Tempo de exercício profissional | População | N=10 |
|---------------------------------|-----------|--------|
| | | FR (%) |
| >10 e 15≤ | 3 | 30,0 |
| >15 e ≤20 | 7 | 70,0 |

Quadro Nº 5: Caracterização da amostra de enfermeiros quanto ao tempo de exercício profissional no SU

Quanto ao tempo de exercício profissional no SU, podemos verificar que na amostra, a maioria dos enfermeiros representa a classe dos 15 aos 20 anos, com 70,0 % dos participantes. A classe que compreende os >10 e os 15 anos foi a segunda mais representativa, com 30,0 % dos enfermeiros.

. *Tempo de exercício como Supervisor*

| Tempo de exercício profissional | População | N=10 |
|---------------------------------|-----------|--------|
| | | FR (%) |
| >2 e 6≤ | 5 | 50,0 |
| >6 e ≤10 | 3 | 30,0 |
| >10 e ≤14 | 0 | 0,0 |
| >14 e ≤18 | 2 | 20,0 |

Quadro Nº 6: Caracterização da amostra de enfermeiros quanto ao tempo de exercício como Supervisor

Quanto ao tempo de exercício como Supervisor, podemos verificar que na amostra, a maioria dos enfermeiros representa a classe dos 2 aos 6 anos, com 50,0 % dos participantes. A classe que compreende os > 6 e os 10 anos foi a segunda mais representativa, com 30,0 % dos enfermeiros, enquanto os restantes 20% apresentam mais de 14 anos de experiência como Supervisores.

. *Formação Académica e Profissional*

| Variável | Valor da variável | FA | FR (%) |
|----------------------------|---------------------------------------|----|--------|
| Habilitações académicas | Licenciatura em Enfermagem | 10 | 100 |
| | Curso de Especialização em enfermagem | 2 | 20,0 |
| Habilitações profissionais | Curso de mestrado | 1 | 10,0 |
| | Pós-Graduação Emergência | 2 | 20,0 |

Quadro Nº 7: Caracterização da amostra dos enfermeiros quanto ao grau académico e formação profissional

No total de enfermeiros entrevistados, quanto ao grau académico, podemos verificar que todos possuem a Licenciatura em Enfermagem. Quanto às habilitações profissionais, 2 enfermeiros (20,0%) possuem o curso de Especialização em enfermagem (Médico-cirúrgica) e 1 deles (10,0%) tem mestrado (Enfermagem Médico-cirúrgica). De referir que 2 enfermeiros (20,0%) possuem uma Pós-Graduação em Enfermagem de Emergência.

O resumo de todos os dados relativos à caracterização desta amostra encontram-se em anexo (Anexo II)

Durante todo o desenvolvimento do estudo, prevaleceu uma preocupação constante pelo respeito e pelos princípios éticos, que advêm de uma investigação com participantes humanos, designadamente: a obtenção do consentimento informado de todos os participantes para a gravação das suas intervenções no *Focus Group*, informá-los dos seus direitos de poderem interromper a sua participação em qualquer momento da investigação, disponibilizar-lhes os resultados obtidos no final do estudo, cumprir o delineado neste documento, publicar os resultados e a investigação (Quivy e Campenhoudt, 2003). Foram utilizados os passos que permitiram assegurar a privacidade, segurança e confidencialidade dos dados, acedendo aos mesmos apenas o(s) investigador(es) envolvido(s).

1.6- O *Focus Group*- Método De Recolha De Dados

O *Focus Group* é uma técnica de avaliação rápida que pode fornecer uma riqueza de informações qualitativas sobre o desempenho de atividades de desenvolvimento, serviços e produtos, ou outras questões.

Este método de recolha de dados tem sido descrito como ideal para explorar experiências de um fenómeno específico e deve ser conduzido de forma a proporcionar uma discussão planeada, onde a atmosfera do grupo é acolhedora e encorajadora da discussão (Bamford e Gibson, 2000).

Morgan (1997) define o *Focus Group* como um método de pesquisa onde os dados são recolhidos com base na discussão e interação em torno de um determinado tema liderado por um moderador. Os membros do grupo são estimulados a refletir, aprofundar e expandir a sua compreensão. O papel do moderador é estimular o processo do grupo e contribuir para concetualizar o tópico em estudo (Morgan 1997, Bamford e Gibson, 2000).

Encontram-se descritas as vantagens, nomeadamente: o baixo custo e rapidez de resultados; o formato flexível que permite que o moderador explore questões imprevistas; a elevada interação entre os participantes (dado que se proporciona à discussão de tema ou assunto, desafiado em torno de um conjunto de questões lançadas ao grupo para dinamizar a discussão).

Nestes grupos, os participantes podem fornecer ideias e apresentar balanços, minimizando assim opiniões falsas e extremas. O papel do “gestor” de discussão é também importante e particular, sobretudo para orientar a discussão e o aprofundamento do tema, evitando que o “encontro” se torne vazio e desinteressante para o estudo.

O *Focus Group* tem, no entanto, algumas limitações do tipo:

- o formato flexível torna-se suscetível ao viés do investigador, que pode comprometer a validade e a veracidade dos resultados;
- as discussões podem ser desviadas ou dominadas por poucos indivíduos.

Bamford e Gibson (2000) defendem que os participantes devem ser provenientes de contextos de trabalho semelhantes e partilhar características comuns relacionadas com o tópico de discussão.

Ora, os pressupostos apresentados pelos diferentes investigadores a propósito do *Focus Group*, funcionamento do método, pareceram-nos adequados e ajustados ao nosso estudo; o escasso tempo para a recolha de dados é razão suficiente para adotarmos este método para recolha de dados. A hipótese de abrir

uma discussão alargada no grupo sobre a integração de colegas enfermeiros no serviço também nos pareceu importante, sobretudo quando está na nossa mente desenvolver ferramentas para um possível processo de Supervisão Clínica neste serviço.

Tratamos de organizar dentro da população da equipa de enfermeiros do serviço um grupo, uma amostra.

Na organização deste *Focus Group*, estiveram presentes cerca de 11 enfermeiros (Bamford e Gibson (2000) propõem entre sete a doze pessoas na sua constituição, o que vai de encontro à nossa proposta). Esses participantes, enfermeiros desse serviço que aceitaram colaborar no grupo focal, constituíram o grupo de discussão. A “entrevista” de grupo teve a duração de sensivelmente 120 minutos; também Bamford e Gibson (2000) afirmam que as sessões podem durar entre uma a duas horas e deverão decorrer em local conveniente, com privacidade. A dinâmica decorreu numa sala específica e gentilmente cedida pelo Conselho de Administração do hospital para o efeito.

Todos os participantes tinham experiência específica no processo de integração de novos enfermeiros no SU.

Para a execução do grupo focal e entrevista de grupo exploratória solicitou-se autorização por escrito, ao Conselho de Administração do Hospital ao qual pertence o SU onde foi desenvolvido o estudo (Anexo III). Foi dada a conhecer a finalidade e os objetivos do estudo ao Conselho de Administração e foi também garantida a confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes, bem como o anonimato, quer da instituição, quer dos participantes no estudo. Adicionalmente, foi clarificada a intenção de facultar todos os resultados da investigação à instituição envolvida, a confidencialidade dos mesmos para além da defesa pública do trabalho e apresentação do relatório. Concedida a referida autorização procedemos ao contacto com os participantes no estudo.

Ao grupo foi solicitada a assinatura para consentir que as entrevistas fossem gravadas em sistema de áudio, e autorização para que os dados gravados fossem utilizados para investigação (Anexo IV).

As entrevistas decorreram numa atmosfera de interatividade entre investigador e entrevistados, onde se tentou encorajar a livre expressão, através de uma atitude de escuta ativa, dinamização da discussão, tentando porém respeitar os limites do estudo e tempo preconizado para a entrevista de grupo.

Todo o conteúdo áudio foi transformado em suporte de texto, através do programa “*Microsoft Office Word 2003*” e o texto em páginas com numeração de linha contínua. Terminada a transcrição das entrevistas, obtivemos “*um corpus*” de análise, constituído por todo o material recolhido, tendo em vista a pesquisa que se propõe efetuar após o processo de seleção, com base em critérios devidamente explicitados (Vala, 2003).

1.6.1- A Entrevista de Grupo

A entrevista é um tipo de inquérito: processo de recolha sistematizada, no terreno, de dados susceptíveis de comparação. Caracteriza-se pela comunicação e interação entre duas ou mais pessoas, da qual resulta uma verdadeira troca: o entrevistado exprime as suas perceções sobre um dado acontecimento ou situação, as suas reações ou interpretações, enquanto o investigador facilita essa expressão, evita que ele se afaste dos seus objetivos e promove o máximo de autenticidade e profundidade (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Constitui o principal método de colheita de dados em investigação qualitativa, sendo a semiestruturada a mais amplamente utilizada. A sua estrutura consta de uma lista de temas predefinidos e respetivas questões, apresentadas ao entrevistado na ordem que o investigador julga mais apropriada. No final da entrevista todos os temas devem ter sido abordados (Fortin, 2009).

O guião da entrevista de grupo contemplou os seguintes blocos temáticos, tendo-se verificado a estrutura apresentada em anexo (Anexo V):

- Introdução, apresentação do investigador aos participantes
- Apresentação do projeto de estudo, objetivos e formato do método *Focus Group*;
- Informação sobre as questões: confidencialidade, sobre a necessidade de falar um de cada vez, sobre a gravação da sessão, respeito pelos pontos de vista individuais, sobre a abertura do debate, sobre a necessidade de registar todos os procedimentos;
- Discussão dos tópicos (cenário atual sobre “processo de integração de novos enfermeiros”).

Perguntas para discussão:

- Entendimento sobre “integração de novos enfermeiros
- Descrição do processo de integração.

- Características / competências a realçar no enfermeiro que realiza a integração do novo profissional;
- Quais as preocupações pedagógicas do enfermeiro integrador no processo de integração;
- Que estratégias de supervisão utilizadas pelo enfermeiro que realiza a integração.

Em jeito de síntese apresentamos, no quadro seguinte, as questões concretas que foram colocadas à discussão no *Focus Group*:

| | |
|---|---|
| 1 | O que entende por Processo de Integração? |
| 2 | Que importância atribui ao Processo de Integração para o desempenho profissional dos novos colegas? |
| 3 | Como é que deveria ser o Processo de Integração neste SU? |
| 4 | Que competências é que considera fundamentais para fazer a integração de novos elementos no serviço? |
| 5 | Como é que são selecionados os supervisores clínicos neste serviço? |
| 6 | Que atividades desenvolve, do ponto de vista pessoal e particular, quando está a fazer integração de novos colegas no serviço? |
| 7 | Qual a duração habitual do Processo de Integração neste serviço? |
| 8 | Quais as estratégias que o supervisor deverá implementar no sentido de fazer a avaliação do colega que está em integração? |
| 9 | Sugestões para melhorar este Processo de Integração? |

Quadro Nº 8: Questões do *Focus Group*

2- ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi efetuada após transcrição e leitura fluente do “*corpus de análise*”, no sentido de serem percebidos antecipadamente padrões e tendências e desta forma direcionar a pesquisa, se necessário (Polit, Becck e Hungler, 2004).

Este é, segundo Bardin (2009), o primeiro contacto que se estabelece com a informação no sentido de percebermos e identificarmos as principais dimensões, áreas ou grandes temas abordados.

A análise de conteúdo foi definida, por Berelson (1952), como “*uma técnica de investigação que permite fazer uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação*” (Carmo e Ferreira, 1998, p.251).

Ghiglione e Matalon (1997, p.177) referem por análise de conteúdo “*todos os procedimentos utilizados ou temas contidos numa mensagem ou num documento, determinando a sua frequência relativa*”.

De acordo com Polit, Becck e Hungler (2004), a análise de conteúdo consiste num procedimento com o objectivo de analisar um discurso verbal ou escrito, de forma sistemática e objectiva.

Na perspectiva de Vala (2003, p.104), a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento da informação, a qual implica a

“desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização – atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise”.

Utilizando as palavras de Vala (2003), proceder à análise de conteúdo trata-se de reduzir descrições, opiniões, explicações, a um conjunto aceitável de unidades significativas, primando pela organização e explicação dos seus conteúdos.

Adotaremos a análise de conteúdo segundo Bardin (2009). De acordo com a autora, esta técnica confere a possibilidade de tratar, de forma metódica,

informações e testemunhos, dotados de um certo nível de profundidade e complexidade, de que é exemplo o conteúdo da entrevista de grupo efetuada.

Ainda de acordo com Bardin (2009, p.33), *“a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”*; consistindo a finalidade da análise de conteúdo na inferência, ou seja, *“deduzir de maneira lógica”* (idem, p.34), o que se pretende estudar e conhecer acerca do emissor, da própria mensagem ou do contexto inerente.

Segundo (Bardin, 2009), a análise de conteúdo decorre ao longo de três fases, como sejam a pré-análise, a exploração do material e por último, o tratamento de dados, a inferência e a interpretação.

Analisar os dados significa codificá-los, operação entendida como a transformação dos dados brutos de um texto de acordo com princípios precisos. Através do recorte, agregação e enumeração, o investigador consegue a representação ou expressão do conteúdo, susceptível de o clarificar das características do texto que podem servir como indicadores. Embora surgissem ideias que orientaram a entrevista e questões a identificar, percebemos que o léxico utilizado e que respeita a linguagem comumente utilizada na Supervisão Clínica, não foi “sempre” entendida, levando os investigadores a questionarem sentidos, tentarem entender a intencionalidade do discurso dos participantes, no sentido de o decodificarem.

A categorização constituiu elemento do processo de análise de conteúdo e consistiu na identificação desse conteúdo em rubricas ou classes, que agregaram um conjunto de elementos (unidades de registo), sob um título genérico, em função das suas características comuns.

Seguindo as orientações da teoria de Bardin (2009), no processo de categorização, atendemos às seguintes características:

- exaustividade, de modo a que todo o conteúdo classificado se incluisse integralmente nas categorias consideradas;
- exclusividade, pelo que os mesmos elementos pertencem a uma única categoria;
- objetividade, de modo a que codificadores diferentes classifiquem os diversos elementos nas mesmas categorias;
- pertinência, garantindo que as categorias estão relacionadas com os objetivos e o conteúdo que está a ser analisado

O critério de categorização foi semântico (categorias temáticas) e léxico (classificação segundo significado, emparelhamento e sentidos próximos) (Bardin, 2009). As categorias foram determinadas tendo por base os conceitos e conteúdos em análise, contando para tal, com a literatura de suporte na elaboração do quadro teórico e o conteúdo emergente da entrevista de grupo (Anexo VI).

A cada um dos participantes foi atribuído um código – E1, E2, ...até ao décimo participante. O conteúdo da entrevista de grupo foi transcrito a texto *Word*, sendo esse texto numerado continuamente em linhas da nº 1 à linha 2492

As unidades de registo (conteúdo semântico com significado e sentido) serão indicadas seguindo a identificação do participante [Ex, Ls y a z].

3- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que se refere à análise de conteúdo da entrevista de *Focus Group*, importa clarificar que esta foi efetuada tomando como referência o discurso dos participantes e categorias emergentes no *corpus* de análise.

SOBRE O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL

Neste serviço, o SU, palco do nosso estudo, fala-se de Supervisão Clínica, mas não se pratica a Supervisão Clínica da forma como é encontrada, descrita e estruturada pela bibliografia e autores referidos no enquadramento teórico deste estudo. O discurso “Supervisão Clínica” está presente nos depoimentos dos participantes, mas, enviesado relativamente aos conceitos de Supervisão Clínica encontrados na bibliografia. O mesmo se passa relativamente ao conceito de competência ou mesmo relativamente ao conceito de desenvolvimento de competências. No entanto, encontramos nos depoimentos dos intervenientes neste *Focus Group*, referências importantes a práticas supervisivas desenvolvidas no serviço e que nos permitiram entender (o fenómeno) a forma como decorre o processo de integração de novos enfermeiros.

Foi possível concluir que, o processo de integração tem uma elevada importância, para todos os enfermeiros (100%) e é entendido como um processo, demora tempo, e que consiste numa ajuda à adaptação do novo enfermeiro ao local de trabalho, à equipa de enfermagem e a toda a equipa multidisciplinar e ao trabalho que é preciso executar, isto é, ao trabalho a produzir no serviço. Este processo destina-se a integrar o novo enfermeiro sobre o que aí é feito diariamente e à organização e rotinas de trabalho da enfermagem. O conceito *Integrar* é definido pelo grupo como: “*ajudar a adaptar o novo enfermeiro à equipa e ao nosso trabalho e ao que nós fazemos diariamente, na organização e rotinas*”.

Sobre o conceito, depreende-se que esta ajuda, este processo de integrar, segue os modelos de prática profissional que cada um dos enfermeiros que integra defende. O grupo não parou para definir um modelo de integração para os seus

pares, resultando este processo num acompanhamento em que cada enfermeiro que integra faz o melhor possível, orienta em função do modelo que conscientemente usa e defende.

“Eu acho que cada um tem o seu processo de integrar (...) a forma como eu acho mais adequada para integrar colegas, pode não ser seguida pelos outros colegas (...) tem a ver connosco” [E5, Ls 145-146, 148-149, 151]

Ora no processo de integração de um “novo” profissional poderão ser consideradas várias perspetivas: integrar tendo em vista a melhoria da gestão clínica, do ponto de vista do desenvolvimento da profissão, do ponto de vista da qualidade, entre muitas outras. Interessa porém que o processo tenha uma direção explícita para todos, para se poderem avaliar resultados.

O processo de integração no serviço é entendido como um processo de adaptação à organização e às rotinas. O novo enfermeiro estará adaptado quando demonstrar ser capaz de realizar o tipo de cuidados que aí se fazem. A Integração no tipo de cuidados consiste na demonstração de capacidade para realizar o tipo de práticas de cuidados que necessitam ser praticados no SU (cuidados em termos do procedimento técnico).

Ainda assim, o conceito de integração divide os participantes entre: *integração como processo de adaptação ao serviço* e *integração como aquisição de saberes para trabalhar no serviço*, citados como *competências técnicas*.

“É dar a conhecer ao novo elemento a dinâmica do serviço, fazer a apresentação de toda a equipa, o que se faz no serviço, em cada sector específico; acho que a equipa médica também é importante [E7, Ls 630-632] (...) dar competências técnicas e organizacionais do Serviço” [E1, Ls 636]

“Lote de capacidades que um elemento deve ter, mínimo, conjunto de competências mínimas que ele tem que desenvolver, em determinado período de tempo, que nós não sabemos definir” [E10, Ls 670-672, 680-682]

Portanto, integrar é tornar o novo enfermeiro familiarizado com a equipa de saúde do SU, desenvolver competências técnicas e de gestão da unidade. A Supervisão Clínica é muitas vezes apontada como um processo para o desenvolvimento de competências, tornando obrigatória a comunhão do grupo de supervisores sobre o conceito de competência e sobre o perfil de competências a desenvolver. Efetivamente, os enfermeiros verbalizam e discutem que é por aí que o caminho se faz, mas, há uma *gap* sobre o leque de competências a desenvolver e necessárias para adquirir a performance profissional requerida para trabalhar no SU.

Como percebemos, o conjunto de competências mínimas a desenvolver não são perfeitamente identificadas, reconhecíveis pelos próprios enfermeiros que realizam a integração. Não se entendendo o grupo de enfermeiros sobre as competências a desenvolver nos novos enfermeiros que estão a realizar o seu processo de integração, fica difícil fazer “a Supervisão Clínica para o desenvolvimento de competências”, tornando-se esta integração um processo de acompanhamento por um par, reconhecido como competente para integrar o novo enfermeiro no “tipo de práticas de cuidados que necessitam ser praticados no SU”

FACTORES QUE IMPORTA CONSIDERAR NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

Sobre os fatores que importa considerar no processo de integração, realça-se que existe uma preocupação em relação ao que o novo enfermeiro “já sabe fazer”, aos saberes que transporta consigo. Há uma concordância e preocupação em tentar entender a competência do novo enfermeiro, saber o que ele necessita de saber fazer para o desempenho do posto de trabalho; tenta-se perceber se tem experiência profissional anterior (de onde vem – serviço anterior, se é recém formado, qual a escola onde se formou); toma-se em conta o tempo que o supervisionado precisa para adquirir a “competência”, isto é, realizar a integração, contudo, o tempo que o “supervisor” pode dispor para orientar a integração é determinante e nem sempre há o tempo necessário para integrar o enfermeiro no serviço.

“(...) tem a ver com muitos fatores (...) experiência profissional do colega que se está a integrar se já tem experiência de outras instituições (...) se é recém-formado (...) de que Escola vem, preciso de saber o que ele sabe” [E8, Ls 150, 152, 154]

“(...) cada (...) elemento que entra tem o seu timing de integração(...) uns podem demorar 15 dias, outro pode demorar um mês” [E4, Ls 167-169] “(...)a altura do ano também é importante, a altura em que entra na urgência... há fatores... se for uma época de inverno a integração vai ter que ser muito mais rápida, porque não vai haver tempo para orientar o colega, porque o colega responsável (o enfermeiro) pode estar a fazer integração mas tem um plano de trabalho” [E8, Ls 170-175]

“(...) para além de fazerem a integração no serviço eles têm que ser integrados neste tipo de cuidados” [E9, Ls194-195]

“(...) durante um turno, ou durante os vários turnos, eu consigo ser mera observadora na prática, (...) a noção se, o colega que ali está, se está a adaptar-se, se está adaptado à nossa equipa e ao nosso trabalho e ao que nós fazemos diariamente, é assim que avalio” [E2, Ls 1256-1259]

É também verdade que a variável tempo é considerada como uma variável de importância significativa no processo de adaptação ao serviço e que subjaz ao processo de integrar. Se o “supervisor” do processo tem demasiado trabalho,

porque os turnos de trabalho estão pesados, têm muitos casos de urgência, então o tempo destinado a trabalhar a integração do novo enfermeiro pode ser insuficiente e a integração ficar prejudicada em termos de desenvolvimento profissional, de desenvolvimento da competência para agir.

Na bibliografia encontramos investigadores que nos seus estudos concluíram que uma boa integração apresenta vantagens para a instituição (diminuição do tempo de integração, redução dos custos, porque aumenta a qualidade) e para o próprio profissional (diminuição do stress, frustração, estimula a confiança e o desenvolvimento). (Kurcgant, 1991)

CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO NO SU

Relativamente às características do processo de integração no SU importa referir que, apesar da existência de um “Manual de Enfermagem” (dossier onde se encontram descritos os aspetos organizativos sobre o Hospital e sobre o SU, com descritivo de legislação laboral, plano de férias, horário, e outros), é opinião geral que este recurso não representa um plano formal de integração. Efetivamente, dada a mudança da formação em Enfermagem e o paradigma atual profissional, as orientações previstas no Manual de Enfermagem são vistas como insuficientes. Não há nada estruturado no serviço para dar cumprimento a esse processo. Verifica-se a inexistência de um elenco de conhecimentos a desenvolver nos novos enfermeiros, que tem como consequência as assimetrias nos saberes que cada enfermeiro que integra valoriza que o outro aprenda para trabalhar no SU.

“Não considero que exista um verdadeiro processo de integração (...) quero dizer com isto é, na maior parte das situações eles não passam por um processo de integração (...) passam por um processo de adaptação de duas três semanas, muito curto (...) e depois vemos as dificuldades com que eles se deparam no dia-a-dia; é um processo com muitas falhas; (...) não temos nada estruturado no serviço para fazer a integração, fica ao sabor de quem integra o novo profissional” [E9, Ls 208-216, 219-222; E1, 217; E10, Ls 244-245]

A formalidade (estruturação) exigida num processo de integração não existe no contexto estudado. A importância de uma estrutura formal para este processo é corroborada na teoria de Chiavenato (2001), quando afirma que o processo de integração passa por um programa bem definido e bem estruturado onde se percebe o que é pretendido. Por sua vez, Kurcgant (1991), alude ao facto de que o

planeamento, no processo de integração, constitui um facto muito importante na assimilação e interiorização de toda a informação necessária; quando bem planeado, coordenado e executado, promove o reconhecimento e aceitação das metas de produção da instituição.

“(...) nunca ninguém me disse: é objetivo do serviço que este novo elemento integre conhecimentos nesta área, nesta área ou nesta área, e temos este tempo (...)” [E6, Ls511-513];
“(...) por isso deveria ser escolhido um grupo que ficasse com a tarefa de integrar elementos novos” [E6, Ls 596-598]

Lacunas neste processo são reconhecidas pelos participantes no estudo, ao afirmarem a inexistência de objetivos explícitos para o processo de integração no serviço e a inexistência de um elenco de conhecimentos a desenvolver nos novos enfermeiros. Ausência de definição de um grupo de enfermeiros, com características próprias e reconhecidas pelos pares e consideradas imprescindíveis no processo de integração.

Os estudos consultados apontam o processo supervisão como algo estruturado, com práticas supervisivas que seguem um modelo e possuem objetivos estruturantes. Garrido (2004) reforça no seu estudo que a supervisão das práticas clínicas de enfermagem enquanto processo formal, é uma ferramenta básica dos programas de qualidade nas instituições de saúde. Neste estudo encontramos um processo sem estrutura, sem objetivos orientadores, sem avaliação dos resultados efetivamente obtidos, quer para o desenvolvimento dos enfermeiros, quer para a gestão da unidade clínica (SU).

Integrar um novo enfermeiro é um processo de acompanhamento por um enfermeiro, um par, e neste percurso é possível aprender com o outro.

“(...) eu também acabo por aprender alguma coisa com o facto de estar a orientá-lo”. [E10, Ls 1402-1403]

A OE (2010, p.19), relativamente ao MDP e ao descritivo sobre as funções do supervisor clínico refere: *“(...) no processo de Supervisão Clínica, também ele se encontra em aprendizagem e desenvolvimento profissional”.* É o questionamento, a confrontação com as situações e as práticas que determinam a reflexão sobre a ação e pós ação.

Relativamente à durabilidade do processo de integração, é entendida como o tempo necessário para o enfermeiro integrado desenvolver trabalho individual sozinho.

“O processo de integração, no fundo, é um processo que a gente tenta que o colega que vem para o serviço, fique, num determinado tempo, que está mais ou menos protocolado, 15 dias, três semanas, que esteja mais ou menos apto... nunca estará apto... neste processo de integração até nós estamos sempre sujeitos a ter alterações ao nível do SU, não é?!, temos que nos ir adaptando a novas dinâmicas, a novas formas de ver as coisas, não é?! e o colega novo, quer dizer, que vem, (...) esse processo de integração será o tempo necessário para que esse colega, pelo menos, sozinho consiga desenvolver trabalho individual no seu plano de trabalho”. [E10, Ls 267-276]
“(...) três semanas, um mês, no máximo, não é o tempo suficiente para se integrar a maior parte dos profissionais no SU”. [E9, Ls 305-307]

A mesma opinião é partilhada por Chiavenato (2001), ao afirmar que a duração do processo de integração é variável e depende muito da experiência profissional anterior. Acrescentaríamos que dependerá ainda da especificidade do trabalho requerido e do nível de concetualização dos cuidados e que o grupo de participantes, até ao momento, não referiu.

À imagem de qualquer processo formal, é reconhecida a necessidade de análise, reflexão e avaliação do processo de integração. Tal facto é defendido por Chiavenato (2001), quando afirma que, para que um programa de integração seja eficaz e eficiente, ele precisa ser avaliado relativamente aos objetivos traçados; sem conhecer os seus pontos fortes e as suas fragilidades, nunca o poderemos modificar. Para garantir o seu sucesso, deve ser avaliado periodicamente, pois não é com uma avaliação final que se solucionam erros cometidos desde o início e no decorrer deste.

Uma outra variável de grande importância para a qualidade das práticas e que é aqui identificada como necessária, mas de difícil concretização, é a reflexão sobre as práticas. Importa realçar que, na opinião dos participantes, não há espaço para fazer essa análise / reflexão no processo de integração do SU.

“(...) não há espaço para reflexão [E10, Ls 1506]; (...) a partir do momento em que se estabelece uma relação de confiança e de ajuda para com ele, se ele perceber que eu estou ali para ajudá-lo, temos que fazer o diagnóstico de situação, o que é que ele sabe, o que é que ele está capaz de fazer e o que não está capaz de fazer, onde é que ele precisa de ajuda”. [E10, Ls 1403-1406]

Na perspectiva de Gilkerson (2004), a supervisão reflexiva é uma prática supervisiva caracterizada por 3 eixos estruturantes: a regularidade (proximidade do supervisor, questionando as práticas clínicas, estando presente no processo, no sentido de trabalhar as visões do supervisionado e fazê-lo questionar as práticas, procurar as respostas, dando margem para que ele veja além do que lhe parece ter visto); a colaboração (partilha, mesmo que exista assimetria na relação, contrato, responsabilidade para desenvolver o contrato, agendando as questões a trabalhar e contribuindo para a sua própria avaliação); a reflexão (a observação e questionamento sobre o que faz e comportamento, desenvolvendo a capacidade de compreender o mundo e aprender múltiplas perspectivas).

Sendo de vontade do grupo que o processo de integração no SU seja entendido e trabalhado como um momento de adquirir “saber fazer” (competência), um processo a necessitar de acompanhamento na vida profissional por um par, assumiu-se a visão de que um processo de integração com base na reflexão das e sobre as práticas, seria de suprema importância para a qualidade e para a competência para a ação.

“(...) a responsabilidade de quem integra é fornecer instrumentos ao outro (...) orientá-los por aqui e por ali (...) porque eu ainda hoje continuo a estudar, acho fundamental os conhecimentos, o conhecimento teórico, não é a única coisa, mas acho fundamental para a... até para nós adquirirmos competências em determinadas áreas” [E9, Ls 730-736]

ADQUIRIR SABER FAZER (COMPETÊNCIA)

Assim sendo, quando avançamos com a pergunta: “*Que competências a desenvolver na integração de novos enfermeiros no serviço?*” e a cruzamos com uma visão muito global e abrangente das conclusões extraídas da opinião dos intervenientes, imediatamente constatamos que, um conjunto vasto de domínios é referenciado por estes enfermeiros que fazem integração: desde a experiência profissional na área SU, reconhecida pelos pares, experiência relacional (do tipo saber ouvir, empatia), competências técnicas, conhecimentos sobre diferentes domínios da prática clínica, autoestima, motivação, experiência de gestão, presença efetiva junto da pessoa que vai ser integrada (saber acompanhar o novo enfermeiro).

“Deve ser um perito (...) tem que ser uma pessoa com competências relacionais, porque há muita gente que tem muita experiência, só que depois não sabe passá-la, ou então não sabe ouvir; tem que ter competências técnicas, experiência, e... essencialmente essas três, experiência, técnicas e relacionais... e ser aceite pela equipa (...) reconhecimento da equipa naquele elemento” [E5, Ls 766, 771-774; E9, Ls 749; E6; E3 Ls 1001-1003]

A experiência a que os participantes se referem, designa uma competência global, ou um domínio mais ou menos amplo da prática profissional e de todos os aspetos da profissão. São profissionais com capacidade, habilidade e atitude capaz de resolver todos os problemas que se lhes põem e de fazer face a todas as situações profissionais que podem encontrar (Malglaiive, 1995). Esta competência, adquirida pela experiência, é adquirida ao longo do seu percurso e transversal a toda a vida, em todos os contextos, ausente porém, de reconhecimento institucional (Pires, 2004).

A aprendizagem pela experiência, entendida no sentido do desenvolvimento da competência, é realçada por Le Boterf (2003), referindo-se ao indivíduo que sabe tirar lições da experiência e transforma a sua experiência em ação, que faz da sua prática uma oportunidade de produção de saber, no modo como gere o tempo em função de imposições a respeitar, mas também transforma esse tempo em tempo de aprendizagem e autorealização. Falando da aprendizagem pela experiência Benner (2005), explica no seu estudo como o enfermeiro desenvolve a relação terapêutica junto do doente e da família, com base nessa experiência.

A este respeito, Carvalhal (2003) e Berggren e Severinsson (2003), assumem que o supervisor clínico deve ter conhecimento, experiência e qualificações. O conhecimento experiencial assume relevo no processo supervisivo, no desenvolvimento da experiência de aprendizagem, sobretudo quando este conhecimento se desenvolve no contexto de trabalho onde se desenrola a experiência. Benner (2005), afirma que a aprendizagem experiencial é necessária para o desenvolvimento da perícia. O conhecimento prático adquire-se com o tempo, sendo necessária a construção de estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer. Por isso se torna substancialmente importante a variável tempo, no desenvolvimento da competência e perícia para agir. Esta variável é frequentemente referenciada pelos enfermeiros durante a discussão e associada ao desenvolvimento da competência para agir.

COMPETÊNCIAS (CARACTERÍSTICAS) DO SUPERVISOR CLÍNICO NO SU

E como é realizado o processo de seleção dos enfermeiros que realizam a integração de novos enfermeiros?

“A seleção dos orientadores é feita por competências a nível organizacional (...) tenho que o orientar em termos de organização de serviço, rotinas, materiais (...) normas e procedimentos acho que é importante...o conhecimento do serviço acho que é importante...” [E2, Ls1105-1107; E9, Ls 1128-1129;]

A capacidade organizativa do elemento que faz a orientação da integração e a experiência de gestão do supervisor clínico também são valorizadas na literatura. A esse respeito, Munson (2002), citado por Garrido e Simões (2007, p.6) refere que o supervisor deve “*saber planejar de uma forma efetiva*”. A OE (2010, p. 18) no regulamento orientador à determinação da idoneidade formativa dos contextos clínicos, defende como uma das competências do supervisor clínico (MDP, certificação de competências) a “*capacidade de este seleccionar as melhores estratégias*”.

“Antes de teres a técnica tens de dominar os saberes (...) o mais importante é: o que é que tu sabes, que te permita atuar eficazmente (...) ser competente é... saber porque é que se está a fazer! (...) As competências vão-se ganhando com os conhecimentos (...) acho fundamental os conhecimentos...para nós adquirirmos competências em determinadas áreas”. [E6, Ls639; E9, Ls748-750]

Neste discurso fica patente a necessidade de aquisição de um saber contextualizado, um saber teórico que suporte o conhecimento sobre a ação, mas também e uma vez mais a noção e importância do tempo para o desenvolvimento de competências “*as competências vão-se ganhando*”.

Continuando a recorrer aos pontos de contacto entre o que é defendido na literatura e as conclusões do estudo, importa aludir às posições de Severinsson, (1995), Sloan (1999), Hyrkas *et al.* (2002), que defendem, resumidamente, que o supervisor clínico deverá ser um profissional qualificado, que demonstre conhecimentos e competências adequadas.

Dias (2006) enfatiza que o vasto âmbito da enfermagem exige que os enfermeiros usem, na sua prática clínica, conhecimentos de diferentes fontes de saberes, incluindo o empírico, o ético, o pessoal e os componentes estéticos.

Os diferentes tipos de saberes em enfermagem devem ser valorizados, tal como nos refere Amendoeira (1999), porque promovem e desenvolvem a reflexão na ação, sob vários pontos de vista.

“Competências relacionais...tem que ser uma pessoa com competências relacionais, porque há muita gente que tem muita experiência, só que depois não sabe passá-la, ou então não sabe ouvir; tem que ter competências técnicas, experiência, e... essencialmente essas três, experiência, técnicas e relacionais. (...) acho que é importante, criar uma relação empática com o novo colega (...) tenha uma boa capacidade de comunicação com o novo elemento...” [E1, Ls 771-774 ; E8, Ls 624; 2069]

O processo supervisivo implica uma atitude responsável, uma visão da qualidade a atingir, da capacidade empática de se colocar no papel do aprendente, de acolhimento, no sentido de acompanhar o processo, de serenidade (Alarcão e Tavares, 2007; Fernandes, 2004). Este processo só é possível se o supervisor clínico tiver estas características relacionais e as conseguir por em prática.

Nesta linha de pensamento, Severinsson (1995) refere que o supervisor clínico deverá demonstrar compreensão e sentimentos genuínos; Carvalhal (2003) defende que deve ser uma pessoa bem formada, manifestando atitudes adequadas para aqueles com quem contacta no processo ensino/aprendizagem; para Garrido e Simões (2007, p.6) deve ser capaz de *“estabelecer ambiente afectivo relacional e criar condições de trabalho favoráveis”*. Mosher e Purple (1972), Sloan (1999) e a OE (2010), ainda atribuem importância ao facto do supervisor clínico possuir capacidade de comunicar eficazmente, a fim de perceber as opiniões e os sentimentos dos supervisados e exprimir as suas próprias opiniões e sentimentos.

Para Abreu (2007) existem estudos que consideram importante que o enfermeiro que desempenha a função de supervisor clínico esteja satisfeito com a profissão, seja capaz de transmitir entusiasmo e gerar expectativas positivas; esta satisfação leva o supervisado a encarar o supervisor clínico como um exemplo a ser seguido. *“Gostar de decidir e fazer”* (Munson 2002, citado por Garrido e Simões, 2007, p.6), manifestando *“motivação e disponibilidade pessoal para ajudar outros no seu desenvolvimento”* (OE, 2010 p. 18).

“E tem que querer ser Supervisor [E9, Ls 1088] (...) ora aí está...tem que ter motivação (...) [E6, Ls 1094; E2, 1100; E9, 1109-1110] (...) autoestima (...) tem que ter autoestima positiva” [E3, Ls 1098, 1104]

O supervisor clínico será aquele que dirige, orienta, mas também aquele que aconselha (Sá-chaves, 2007), que confere suporte emocional (Berggren e Severinsson, 2003), que cria uma relação acolhedora e um ambiente de apoio (Severinsson, 1995) e que tem a missão de “*reforçar positivamente*” (Garrido e Simões, 2007, p.6). A presença efetiva junto da pessoa que vai ser integrada é entendida como fundamental.

O mesmo pensamento é defendido pela OE (2010, p. 18) no enquadramento concetual para o MDP, nomeadamente sobre as características do supervisor clínico.

“(...) deve valorizar o trabalho do supervisionado; promova o espírito de colaboração num ambiente afetivo-relacional favorável; dê suporte e promova segurança, confiança, motivação e bem-estar no supervisionado; tem a missão de facilitar e apoiar a socialização do supervisionado na equipa multiprofissional”

“(...) tentar saber, da parte do colega, como é que ele está, em termos de integração, e apoiar”. [E1, Ls 1813-1815]

“(...)se tu tens um Plano tens que estar presente para observar o que o outro sabe, está a fazer, se constantemente estás ausente desse Plano, tu não sabes o que deves exigir. Não sabes estar no SU... Sabes que estás no SU mas, não estás...”. [E8, Ls 1130-1131]

“(...) se assentar numa base de entreajuda... o processo de integração se fará de uma forma mais fácil e terá sucesso.” [E10, Ls 1643-1645]

COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER NO ENFERMEIRO SUPERVISADO

Importa ainda salientar que neste processo de integração, há um conjunto de competências a desenvolver no supervisionado, sendo as mais destacadas pelos peritos: rapidez de atuação, observação (“olho clínico”), responsabilidade e gestão de emoções, características extremamente importantes num profissional que trabalha numa área de cuidados urgentes e emergentes. Estas características podem salvar vidas, diminuir as complicações nos utentes que são socorridos num SU. São competências que necessitam de treino de agilização e saber.

“(...) pé ligeiro ... sim... e tem que ter muitas competências técnicas... e Suporte Básico de Vida não adianta nada identificar se depois não se atuar (...) não adianta identificar muitas situações [E. Ls 492; E10, L 498, L502; E9, Ls 520-521] (...) à medida que nós vamos tendo, adquirindo conhecimentos e competências, vamos tendo noção das dificuldades, das exigências (...) [E9, Ls 566-568] (...)as pessoas têm que ter a responsabilidade, é isso que é muito importante (...) [E6, Ls 1036-1037] (...) penso que essa capacidade de observação, eu acho, é o principal instrumento que temos que desenvolver no colega [E10, Ls 319-320] (...) a forma como ele se comporta, a forma como ele gere o stress, isso para mim são situações de maior prioridade”. [E10, Ls 1679- 1681].

Definem como obrigatório as condições para o desenvolvimento da competência para agir: leque de experiências variadas em termos de diversidade e padrão de cuidados no local de trabalho e tempo para as desenvolver.

São ainda definidas um conjunto de capacidades técnicas. Efetivamente, o grupo reconhece que o ambiente de trabalho no SU exige o desenvolvimento de um conjunto de competências, de uma performance profissional, sem a qual não é possível exercer com qualidade, segurança e mestria.

4- CONCLUSÕES AO ESTUDO

Os resultados de um estudo são essenciais na ponderação da melhor tomada de decisão para a mudança. A análise dos dados foi efetuada tendo por base, a finalidade do estudo, o seu alicerce teórico, o corpo de conhecimentos emergentes da pesquisa efetuada e as limitações do estudo (Polit, Beccck e Hungler, 2004).

Os mesmos autores (2004, p. 389) dizem-nos que *“os méritos de um estudo são tão importantes quanto as suas limitações na conclusão sobre o valor dos seus resultados”*.

Começaremos, portanto, por apresentar as conclusões do estudo que realizámos, tendo por referência as questões de investigação formuladas. De seguida, identificamos algumas limitações do estudo, assim como sugestões para futuras investigações. Finalmente refletimos sobre os contributos que, na nossa perspetiva, este trabalho poderá gerar e apresentaremos ainda considerações de ordem prática.

Tendo em conta os objetivos inicialmente traçados, procuramos desde o início com este estudo, compreender, do ponto de vista dos enfermeiros responsabilizados para realizarem a integração de novos enfermeiros, como se faz essa integração.

Subjacente aos resultados encontrados, perseguimos sempre o intuito de poder contribuir para o desenvolvimento de um modelo de Supervisão Clínica que consignasse estratégias supervisivas promotoras de uma integração de novos enfermeiros com qualidade, tendo em conta as implicações pessoais (novos profissionais de enfermagem), a qualidade em saúde, a governação clínica e a investigação.

Relativamente ao objetivo: – “Identificar um suporte teórico argumentativo sobre a necessidade/importância de modelos de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, com recurso a práticas de Supervisão Clínica”, pensamos, com recurso a revisão de literatura, ter conseguido produzir um enquadramento

conceptual sobre a Supervisão Clínica e importância relativa para o desenvolvimento profissional e qualidade dos cuidados.

O trabalho de campo realizado permitiu uma contextualização empírica sobre “como se faz a integração de novos enfermeiros no SU deste hospital”. Com um discurso conceptual longe das características encontradas na bibliografia acerca de Supervisão Clínica, competência, desenvolvimento de competências, ou mesmo práticas supervisivas, os conceitos emergem enquadrados, na cultura académica, profissional e organizacional dos intervenientes no processo.

No SU, “*integrar o novo enfermeiro*” significa ajudá-lo a adaptar-se à equipa, às rotinas profissionais, às normas e aos procedimentos.

As práticas supervisivas caracterizam-se por acompanhar de forma empática o novo profissional no serviço, sendo que os objetivos neste processo não estão explícitos para os diferentes intervenientes e o modelo é difuso. Isto porque, na ausência de regras determinantes do processo, cada um tem o seu próprio objetivo e o seu próprio modelo quando acompanha a integração de outro enfermeiro.

Os enfermeiros do SU falam de um Manual de Integração, desvalorizado pela maior parte deles. Referiram despreocupação em orientar o novo colega com recurso à informação nele existente. O que é importante é que essas práticas de acompanhamento tornem o enfermeiro capaz de ter autonomia no serviço para resolver as situações clínicas da sua responsabilidade. Também aqui é escassa a possibilidade de discutir as experiências desenvolvidas ou promover a reflexão explícita sobre a ação.

O modelo de integração em uso tem vontade, tem intenção, mas não tem explicitação. É diferente para cada um dos enfermeiros. É verdade que a atitude ética, a relação com o outro e a atenção pelo cliente são vontades, mas não são objetivos explícitos no processo.

É verdade que a intenção é desenvolver o outro profissionalmente, mas o *standard* de cuidados do serviço não é explícito e sendo desconhecido, não é seguido no processo, deixando a integração ao sabor das experiências casuais.

É verdade que se fala em “supervisores clínicos”, mas a ideia expressa daquilo que é um supervisor e das qualidades a desenvolver e a destacar no processo e percurso, não está clarificada.

É verdade que as competências fazem parte do léxico dos enfermeiros, mas, não está claro no seu discurso e ação, a noção de competência para orientar o

processo. Muito menos estão definidas as competências a atingir para a performance exigida no SU.

Mas, ficou clara a vontade do grupo para criar um modelo de Supervisão Clínica e desenvolvimento profissional, que proporcione a adaptação ao serviço e à organização, mas que simultaneamente desenvolva as competências chave ao *standard* de cuidados exigidos no SU. Obviamente começariam por aí. Formar para quê? Que competências devem possuir os enfermeiros no SU?

Tal como referido, apesar da Instituição em questão não possuir um programa formal de supervisão das práticas clínicas (como aliás a maioria das instituições de saúde em Portugal), pudemos concluir da existência de uma preocupação de garantir o processo de integração, embora com modelos de orientação diferentes, com base na concetualização da enfermagem que cada um faz.

A segurança e qualidade dos cuidados, apostando, ainda que informalmente, num processo de integração dos novos enfermeiros; pareceu-nos revelar a intenção de encarar a Supervisão Clínica, não só enquanto função administrativa e de gestão, mas procurando acompanhar os profissionais enfermeiros no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Depois, é necessário criar o modelo de supervisão. Que acompanhamento, de que tipo? Qual a intenção?

Criar os critérios de seleção dos supervisores. Que critérios?

Identificar os resultados a atingir com o modelo. Que resultados?

Construir o modelo de avaliação dos resultados. Que características?

Assim, chegados ao final do nosso trabalho, pensamos poder afirmar que no contexto analisado espera-se que os supervisores sejam formalmente selecionados de acordo com a sua vontade e o seu perfil profissional e relacional, reunindo, por isso, conhecimentos e competências técnicas e organizativas na sua área profissional, que exerçam a sua capacidade motivacional e de comunicação, enalteçam os comportamentos positivos, bem como constituam um exemplo pessoal.

Ainda decorrente das conclusões obtidas, importa referenciar a noção subjacente aos depoimentos recolhidos, tal como é vincado na literatura, da importância da Supervisão Clínica como motor na melhoria do processo de consciencialização, tomada de decisão e alteração de comportamentos.

Enquanto limitações do estudo consideramos a dimensão da amostra. A este respeito interessa referir que é uma amostra pequena, com 10 participantes. Contudo, vários autores referem que o tamanho da amostra nos estudos de natureza qualitativa tende a ser pequena, em virtude da grande quantidade de dados que ocasionam

Consideramos a análise de conteúdo proveniente da entrevista no *Focus Group*, a qual foi efetuada no cumprimento das normas de análise de conteúdo segundo Bardin (2009). A inexperiência na sua utilização do método de análise constituiu também uma limitação, com maior dispêndio de tempo numa etapa inicial. Podemos inferir do processo de análise, a triangulação dos dados com recurso a dois investigadores que procederam à análise de conteúdo, primeiro cada um por si e depois em conjunto, para verificar a concordância da análise produzida.

A credibilidade do estudo, também designada por validade interna, diz respeito ao quanto as “construções” do investigador reproduzem o fenómeno em estudo. Sabemos que se obtém a credibilidade submetendo à aprovação dos construtores, dos participantes, e que o padrão de categorização encontrado após esta análise poderia ser levado à concordância dos participantes numa segunda sessão. Embora conhecedores deste processo não tivemos tempo para realizar esta segunda fase de validação com os participantes, sobre os resultados encontrados. Contudo, porque o processo metodológico foi corretamente aplicado, não há porque duvidar da validade e fiabilidade da informação obtida, o mesmo será dizer, da sua validade interna.

Se agora nos referirmos à sua validade externa ou transferibilidade dos resultados obtidos, podemos considerar que isso será uma limitação do estudo. Efetivamente percebemos que o fenómeno se analisa num contexto particular de cuidados, onde o problema da transferibilidade dos dados não se coloca ao nível do método de análise, mas ao nível das condições em que o fenómeno ocorre. Queremos afirmar que a generalização dos resultados só é possível num contexto de desenvolvimento do fenómeno em condições idênticas. E isto é, certamente, uma limitação do estudo.

Poderia ser uma limitação do estudo um certo envolvimento por nós estabelecido com o contexto de trabalho (SU) e a proximidade afetiva com o mesmo, poderia ter-se tornado constrangedora e nociva à visão clara do fenómeno. Tal não aconteceu, devido ao facto do investigador ter assumido, com coerência, o distanciamento sempre necessário em matéria de investigação.

A pesquisa e a reflexão inerentes à construção do enquadramento teórico que sustenta a nossa investigação foram, sem dúvida, essenciais em todo o processo.

A reflexão sobre o processo de integração em uso no SU permitiu reforçar a compreensão sobre a essência da profissão, evidenciando aspetos que se tornam fundamentais no processo, como o desenvolvimento do saber e saber fazer no contexto do SU.

Estas conclusões reforçam a nossa convicção de que é preciso trabalhar mais as ideias, conceitos e importância da implementação da Supervisão Clínica para um eficaz desenvolvimento profissional, melhoria dos indicadores em saúde, satisfação dos enfermeiros e otimização da gestão das unidades clínicas.

Qualquer modelo de Supervisão Clínica a usar no SU, deve ser estruturado, explicitar fins e objetivos, enquadrar e clarificar o modelo para os fins a que se destina: melhoria da qualidade dos cuidados? Formação e desenvolvimento profissional a nível do SU? Gestão dos cuidados? É necessário um enquadramento diferente que proporcione uma maior efetividade e eficiência, num quadro de práticas de supervisão, rentabilizando as estruturas existentes.

Acreditamos que a supervisão é uma área emergente de intervenção para os enfermeiros, com um potencial enorme e um campo de trabalho a explorar e desenvolver, uma área pertinente e sensível e um enorme desafio para os profissionais, para as organizações e para os responsáveis pelas políticas de saúde, para que num esforço concertado de vontades seja possível implementar um processo de Supervisão Clínica de práticas de enfermagem.

É pois, imprescindível, sensibilizar o poder político para a importância de processos supervisivos e a adesão a programas de manutenção de práticas profissionais de maior qualidade.

Será igualmente importante continuar a avaliar o projeto supervisivo da Instituição, realçando as suas potencialidades formativas, identificando as suas fragilidades e definindo estratégias que melhorem a qualidade das práticas clínicas.

Ainda de encontro às preocupações manifestadas pelos participantes, sugere-se uma atenção especial na seleção dos supervisores, procurando reunir, pelo menos, três aspetos: vontade do enfermeiro (integrador) para ser supervisor, formação específica em termos profissionais e perfil pessoal adequado.

Por último, tentar criar condições para a criação no Serviço, de um grupo formal de supervisores clínicos, espaço responsável por momentos de reflexão e

colaboração entre profissionais, tornando-os verdadeiros parceiros de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional.

Independentemente de sabermos se irá conseguir impor-se formalmente entre nós, a Supervisão Clínica em enfermagem entrou decisivamente no vocabulário dos enfermeiros e afigura-se-nos que poderá constituir, num futuro próximo, uma verdadeira revolução de mentalidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. - Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Coimbra: Formasau. 2001.

ABREU, W. - Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*. 2002, nº 45.

ABREU, W. - *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coleção Cadernos Sinais Vitais. 2003, nº. 1. Coimbra: Editora Formasau.

ABREU, W. - Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, 2007.

ALARCÃO, I. - Formação reflexiva. *Revista Referência*. 2001, Vol. 6, pp. 53-59.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. 2ª edição, Coimbra: Almedina, 2003.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - Supervisão da prática pedagógica – Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. 2ª Edição. 2007, Coimbra: Almedina.

AMENDOEIRA, J. - A Formação em Enfermagem. Que Conhecimentos? Que Contextos? Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de Mestrado, 1999.

ANDREWS, M. - Mentorship in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, Vol. 29, (1), pp. 201- 207.

ANDREWS, M.; CHILTON, F. - Student and mentor perceptions of mentoring effectiveness. *Nurse Education Today*. 2000. Vol. 20, pp. 555-562.

ARVIDSSON, B. [et al.] - Psychiatric nurses' conceptions of how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence: A 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*. 2001, Vol. 9 (3), pp. 161-171.

BAIN, L. - Preceptorship: a review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*. 1996, Vol. 24, pp. 104-107.

BAINBRIDGE, D. [et al.] - Clinical supervision. *Occupational Health*. 2001, Vol. 53, 3, pp. 16-17.

BAMFORD, O.; GIBSON, F. - The Clinical Nurse Specialist: perceptions of practicing CNS of their role and development needs. *Journal of Clinical Nursing*. 2000, Vol. 9, pp. 282–292.

BARDIN, L. - Análise de Conteúdo. Coimbra: Edições 70, 2009. ISBN: 978-972-44-1154-5.

BARROS, A.; LEHFELD, N. - Fundamentos de Metodologia: Um guia para iniciação científica. São Paulo: Editora Makron, 2000.

BEGAT, I. [et al.] - Implementation of clinical supervision in a medical department: nurses' views of the effects. *Journal of Clinical Nursing*. 1997, Vol. 6(5), pp. 389-394.

BENNER, P. - De Iniciado a Perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Lisboa: Quarteto, 2005.

BERG, A. [et al.] – Nurse`s creativity, tedium and burnout during care: comparisons between award for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of Advanced Nursing*. 1994, Vol. 20, pp. 742-749.

BERG, A.; HALLBERG, I. R. - The meaning and significance of clinical group supervision and supervised individually planned nursing care as narrated by nurses on a general team psychiatric ward. *The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 2000, Vol. 9 (3), pp. 110-127.

BERGGREN, I.; SEVERINSSON, E. - Nurse supervisor`s actions in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing*. 2003, Vol. 41 (6), pp. 615-622.

BISHOP, V. - Clinical supervision for an accountable profession. *Nursing Times*. 1994, Vol. 90 (39), pp. 35-39.

BISHOP, V. - Clinical Supervision in Practice. London: Palgrave, 1998.

BOND, M.; HOLLAND, S. - Skills of Clinical Supervision for Nurses. Buckingham: Open University Press, UK, 1998.

BOWLES, N.; YOUNG, C. - An evaluative study of clinical supervision based on Proctor's three function interactive model. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, Vol. 30 (4), pp. 958-964.

BRÜGGEN, E; WILLEMS, P – A critical comparison of offline focus groups, online focus groups and e-Delphi. *International Journal of Market Research*. 2009, Vol. 51, Nº 3, pp. 363-381.

BULMER, C. - Supervision: how it works. *Nursing Times*. 1997, Vol. 93, pp. 53-54.

BURNS, N.; GROVE, S.; SORIANO, M. - Investigación en enfermería. Barcelona: Elsevier, 2004.

BUTTERWORTH, T. [et al] - Clinical support and the Project 2000 nursing student: factors influencing this process. *Journal of Advanced Nursing*. 1995, Volume 21 (6), pp. 1152–1158.

BUTTERWORTH, T. [et al.] - Clinical Supervision and Mentorship. It is Good to Talk: An Evaluation Study in England and Scotland. The School of Nursing, Midwifery and Health Visiting. 1997, Manchester: University of Manchester.

BUTTERWORTH, T.; FAUGIER, J. - Clinical Supervision in Nursing, Midwifery and Health Visiting. Briefing Paper. University of Manchester, 1994. ISBN: 1-898992-00-2.

CAMPBELL, S. M. [et al.] - Implementing health governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *QualSaf Health Care*. 2002, Vol. 11, pp. 9-14.

CANÁRIO, R. [et al.] - *Formação, saberes profissionais e situações de trabalho*. Actas do VI Colóquio Nacional, AFIRSE portuguesa, FPCE, Lisboa: Universidade de Lisboa, 1996.

CARMO, H; FERREIRA, M. - *Metodologia da Investigação: Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

CARVALHAL, R. - *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos: Perspectivas dos Actores*. Loures: Lusociência, 2003.

CEITIL, M. - *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Edições Sílabo, 2006.

CHANDRA, V. S. - Clinical governance: a fresh look at its definition. *Clinical Governance: An International Journal*. 2004, Vol. 9 (2), pp.87-90.

CHIAVENATO, I. - Teoria geral da Administração. 6ª Edição: Campus. 2001, Vol. 1.

CLEARY, M.; FREEMAN, A. - The cultural realities of clinical supervision in an acute inpatient mental health setting. *Issues in Mental Health Nursing*. 2005, Vol. 26 (5), pp. 489-505.

CLOUGH, A. - Clinical supervision in primary care. *Primary Health Care*. 2003, Vol. 13, (9), pp. 15-18.

COELHO, R. M. A.; LOURENÇO, A. R. – Integração de enfermeiros na equipa de saúde. *Nursing*. Out/ 2004, nº 192, Ano 15, Lisboa, pp. 16-23. ISSN: 0871-6196.

COTTRELL, S. - Suspicion, resistance, tokenism and mutiny: problematic dynamics relevant to the implementation of clinical supervision in nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002, Vol. 9, pp. 667–671.

COTTRELL, S.; SMITH, G. - *The Development of Models of Nursing Supervision in the UK*. 2005. [Documento WWW]. URL <http://www.clinical-supervision.com>

CROSS, W., [et al.] - Implementing clinical supervision for ICU Outreach Nurses: A case study of their journey. *Australian Critical Care*. 2012, Vol. 25 (4), pp. 263-270.

CUNHA, A. P. - Supervisão das Práticas Clínicas: O caso particular da utilização dos sistemas de informação em Enfermagem. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de mestre, 2008.

CUTCLIFFE, J.; EPLING, M. - An exploration of the use of John Heron's confronting interventions in clinical supervision: case studies from practice. *Psychiatric Care*. 1997, Vol. 4, pp. 174-175; 178-180.

- CUTCLIFFE, J.; PROCTOR, B. - *An alternative training approach to clinical supervision*. British Journal of Nursing. 1998, Vol. 7, pp. 344-350.
- DENZI, N.; LINCOLN, Y. - *Collecting and Interpreting Quality Materials*. 2ª Ed., London: Sage Publications, 2011.
- DEPARTMENT OF HEALTH - *The new NHS: modern, dependable*. London: Stationery Office, 1998.
- D'ESPINEY, L. - *Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de Articulação em Contexto de Trabalho. Formação e Situações de Trabalho*. 2003, Porto: Porto Editora, 2.ª ed., pp. 169-188. ISBN 972-0-01115-7.
- DEWING, J. – *Report on Burford Community Hospital. Clinical Supervision in Practice*, Kings Fund Center, BEBC, Dorset, 1994.
- DIAS, M. - *Construção e Validação de um Inventário de Competências – Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Lisboa: Lusociência. 2006.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - *PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 - A QUALIDADE DOS CUIDADOS E DOS SERVIÇOS*. Alto Comissariado da Saúde. 2002.
- DONAHUE, M. P. - *Historia de la Enfermería*. Madrid: Mosby Company, Harcovers, 1985.
- DUARRI, W.; KENDRICK, K. - *Implementing clinical supervision. Professional Nurse*. 1999, Vol. 14, 12, pp. 849-852.
- DUNN, C. - *Implementing and Evaluating Clinical Supervision at the Royal Berkshire and Battle Hospital NHS Trust. Reading: Battle Hospital, 1998*.
- EDWARDS, D. [et al.] - *Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2005, Vol. 12 (4), pp. 405–414.
- ERSSER, S. J. - *A search for the therapeutic dimension of nurse-patient interaction. Nursing as therapy*. London: Chapman Hall, 1991. ISBN: 0412354403.
- FARRELL, M.; CHAKRABARTI, A. - *Evaluating preceptorship arrangements in a pediatric setting. Journal Child Health Care*. 2001, Vol. 5, pp. 93-100.
- FAUGIER, J. - *Clinical supervision and mental health nursing*. In: Sandford T, Gournay K, eds. *Perspectives in Mental Health Nursing*. 1996. Baillière Tindall, London, pp. 53–72.
- FEATHER, R.; BISSELL, B. - *Clinical supervision vs psychotherapy: the psychiatric/mental health supervisory process. Perspectives in Psychiatric Care*. 1979, Vol. 17 (6), pp. 266-272.
- FERNANDES, O. - *Entre a teoria e a Experiência. Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*. Tese de Doutoramento. FCFEUP, 2004.

FERNANDES, O. - Entre a teoria e a Experiência. Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura. Loures: Edições Lusociência, 2007.

FERNANDES, O. - Percurso para o reconhecimento da idoneidade dos contextos de prática clínica - Supervisão Clínica e Prática Tutelada- Estratégia Profissional para a Governação Clínica. IIIª Conferência de Regulação do Conselho de Enfermagem da OE, *Revista Ordem dos Enfermeiros* Nº 38, Setembro 2011.

FORTIN, M. F. - *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta. 2009. ISBN: 938-989-8075-18-5.

FOWLER J. - How to use models of clinical supervision in practice. *Nursing Standard*. 1996, Vol. 10 (29), pp. 42-47.

FRAWLEY-O'DEA, M. G. - *The Supervisory Relationship: a contemporary psychodynamic approach*. New York: The Gullford Press, 2001.

FLÜCK, C. - *Compétences et performances: une alliance réussie. Vision, démarches et outils*. Lausanne: Demos, 2001.

GARRIDO, A. - A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de mestre, 2004.

GARRIDO, A. - A Supervisão Clínica em Enfermagem e as Condicionantes Organizacionais. *Revista Sinais vitais*. 2005, Julho, Nº 61, Coimbra, pp. 11-13.

GARRIDO, A.; SIMÕES, J. – Finalidade das Estratégias de Supervisão Utilizadas em Ensino Clínico de Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, 2007, Vol. 16 (4) pp. 599-608.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. - *O Inquérito: Teoria e Prática*. 3ª Ed. Oeiras: Celta Editora. 1997.

GILKERSON, L. - Reflective Supervision in Infant- Family Programs: Adding Clinical Process to Nonclinical Settings. *Infant Mental Health Journal*. 2004, Vol. 25, (5), pp. 424-439.

GIROUARD, S.; MARCHEWKA, A. - Individual clinical supervision: a strategy for professional growth. *Topics in Clinical Nursing*. 1983, Vol. 5 (3), pp. 63-70.

GRANT, A. - Clinical supervision and organizational power: a qualitative study. *Mental Health Care*. 2000, Vol. 3 (12), pp. 398-401.

GRAY, W. - Combining clinical and management supervision. *Nurse Management*. 2001, pp.14-22.

HADFIELD, D. - Clinical Supervision: user's perspectives. *Journal Child Health Care*. 2000, Vol. 4, pp. 30-33.

HAGERTY, B. - A second look at mentors. *Nursing Outlook*. 1986, Vol. 34, pp. 16-24.

HALLBERG, I.R. [et al.] - Satisfaction with nursing care and work during a year of clinical supervision and individualized care: comparison between two wards for the care of severely demented patients. *Journal of Nursing Management*. 1994, Vol. 1 (6), pp. 297-307.

HALLBERG, I.R.; NORBERG, A. - Strain among nurses and their emotional reactions during 1 year of systematic clinical supervision combined with the implementation of individualized care in dementia nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1993, Vol. 18, pp. 1860-1875.

HAMIDO, G. - (Dia)Lógicas de Formação: Contributo para a Conceptualização de Práticas Supervisivas e de Investigação Propiciadoras de Desenvolvimento Profissional. *Interacções*. 2010, nº. 14, pp. 216-258, Santarém: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Santarém.

HANCOX, K. et al. - An evaluation of an educational program for clinical supervision. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2004, Vol. 13 (3), pp. 198– 203.

HANSEBO G.; KIHLOGREN M. - Nursing home care: changes after supervision. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, Vol. 45 (3), pp. 269-279.

HAWKINS, P.; SHOET, R. - *Getting the support and supervision you need: supervision in the helping professions*. Buckingham: Open University Press, 1989.

HESBEEN, W. - *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência, 2000.

HESBEEN, W. - *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001.

HYRKAS, K. - Clinical supervision, burnout and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Mental Health Nursing*. 2005, Vol. 26, pp. 531-556.

HYRKÄS, K. [et al.] - Clinical supervision in nursing in the 1990s- current state of concepts, theory and research. *Journal Nursing Management*. 1999, Vol. 7, pp. 177-187.

HYRKAS, K. [et al.] - Expert supervisors' view of clinical supervision: a study of factors promoting and inhibiting the achievements of multi-professional team supervision. *Journal of Advanced Nursing*. 2002, Vol. 38 (4), pp.387-397.

HYRKÄS, K. [et al.] - Nurse Managers conceptions of quality management as promoted by peer supervision. *Journal of Nursing Management*. 2003, Vol. 11, pp. 48–58.

HYRKÄS, K. [et al.] - Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, Vol. 55, pp. 521–535.

- HYRKAS, K., LEHTI, K.- Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self – monitoring of work and systematic patient feedback. *Journal of Nursing Management*. 2003, Vol. 11, pp. 177-180.
- HYRKAS, K.; PAUNONEN-ILMONEN, M. - The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, Vol. 33 (4), pp. 492-502.
- JACINTO, A. - O papel e as competências do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Julho/Agosto/Setembro 2008, Nº 15, Amadora. pp. 5-7.
- JOHNS, C. - Professional supervision. *Journal of Nursing Management*. 1993, Vol. 1, pp. 9-18.
- JOHNS, C. - *Becoming a Reflective Practitioner*. London: Blackwell Science editions, 2000.
- JOHNSON, P. – The community services view. *Clinical Supervision*. NHS Executive. August, 1995.
- JONES, A. - Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision. *European Journal of Cancer Care*. 2003, Vol. 12, 224-232.
- JONES M.; BENNETT, I. - Clinical supervision: mental health nurses. *Mental Health Practice*. 1998, Vol. 2 (4), pp.18-22.
- KASLOW, N. J. - Competencies in professional psychology. *American Psychologist*. 2004, Vol. 59, pp. 774-781.
- KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. - *Focus Groups: A practical Guide for Applied Research*. 4th ed., Califórnia: Sage Publications, 2009.
- KURCGANT, P. - *Administração em Enfermagem*. S. Paulo: EPU, 1991.
- LE BOTERF, G. - *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Editions d'organisation, 1994.
- LE BOTERF, G. - *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. 3ª ed., S. Paulo: Artmed, 2003.
- LINDREN, B., [et al.] - Nursing students' perception of group supervision during clinical training. *Journal of Clinical Nursing*. 2005, Vol. 14, pp. 822–829.
- LOUREIRO, C. [et. al.] *Integração e Orientação dos Enfermeiros*. *Informar*. Jan-Abr. 2002, Porto, ano VII, nº 27, pp. 16-22.
- LYTH, G. - Clinical supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, Vol. 31, pp. 722-729.
- MACPHAIL, E. - Panorâmica da enfermagem de urgência. In SHEELY, S. – *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. 2001, Loures: Lusociência, pp. 5-7.
- MALGLAIVE, G. - *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora, 1995.

MANNION, R.; DAVIES, H. - A principal-agent perspective on clinical governance. *Getting health economics into practice*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2002.

MARRINER, A. - Guide to nursing management and leadership. Edition 8, Mosby Elsevier, 2009. ISBN: 9780323052382.

MILLS JE; FRANCIS KL; BONNER A. - Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *Rural and Remote Health*. 2005, Vol. 5, p. 410. (Online) Available: <http://www.rrh.org.au>

MORAIS, C. M. - Perspectivas das competências. *Nursing*. Abr 2004, Vol. 188, pp. 23-24.

MORGAN, D.L. - Focus Groups as Qualitative Research. 2ndedn. Thousand Oaks: Sage Publications, CA, 1997.

MOSHER, R.; PURPEL, D. - Supervision: The Reluctant Profession. Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin, 1972.

NEARY, M. - *Teaching, assessing and evaluation for clinical competence: A practical guide for practitioners and teachers*. Cheltenham: Stanley Thornes. 2000.

NICKLIN, P. - A practice-centred model of clinical supervision. *Nursing Times*. 1997, Vol. 93 (46), pp. 52-54.

NORTHCOTT, N. - Clinical Supervision – Professional Development or Management. In SPOUSE, J.; REDFERN, L. - *Successful Supervision in Health Care Practice*. Oxford: Blackwell Sciences, 2000.

NUNES, M. F. - Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Nursing*. 2007, Vol. 219, pp. 7-11.

OLIVEIRA, D. - As urgências exigem motivação pessoal e profissional. *Nursing*. Set. 1999, Vol. 136, pp. 13-16.

OLOFSSON, B. - Opening up: Psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2005, Vol. 12 (3), pp. 259–267.

OOIJEN, E. Van - Clinical Supervision: a practical approach. London: Churchill Livingstone, 2000.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Divulgar*. Lisboa: Brochura do Conselho de Enfermagem. 2001.

- Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ed. Ordem dos Enfermeiros, 2003.

- Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 10. 2003, pp.49-59.

- Modelo de Desenvolvimento Profissional. Newsletter – Estudante. 2009, Vol. 1, Edição 1.

- Caderno Temático —MDP— Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências. Janeiro 2010.
- Percurso para o reconhecimento da idoneidade dos contextos de prática clínica - Supervisão Clínica e Prática Tutelada - Estratégia Profissional para a Governação Clínica? *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Nº 38, Setembro 2011.
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Assembleia Geral Extraordinária, Out. 2011.
- PALSSON, M. [et al.] - Systematic clinical supervision and its effects for nurses handling demanding care situations: interviews with Swedish district nurses and hospital nurses in cancer care. *Cancer Nursing*. 1994, Vol. 17(5), pp. 385-394.
- PEREIRA, F. - Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. 2006. *Repositório Aberto*. <http://repositorio-aberto.up.pt>.
- PFEIL, M. - Preceptorship: the progression from student to staff nurse. *Journal Child Health Care*. 1999, Vol. 3, pp. 13-18.
- PIRES, A. - Educação e Formação ao longo da Vida: Análise Crítica dos Sistemas e Dispositivos de Reconhecimento e Validação de Aprendizagens e de Competências. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005. ISBN 972-31-1093-8.
- PIRES, M. - As Novas Competências Profissionais. *Revista Formar*. Fev/Mar/Abr 2004, nº10, pp. 4-19.
- POLIT, D. F.; BECCK, C. T.; HUNGLER, B. P. - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, Avaliação e Utilização. 5ªed, S.Paulo: ARTMED, 2004. ISBN: 0-7817-2557-7.
- PORTUGAL, Assembleia da Republica - Lei de Bases da Saúde, Lei nº. 48/90, Diário da Republica, Lisboa, I Série, de 24 de Agosto de 1990.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 161/96, Diário da República, Lisboa, I Série, de 4 de Setembro de 1996.
- Decreto-Lei n.º 104/98, Diário da República, Lisboa, I Série, de 21 de Abril de 1998.
- Decreto-Lei n.º 124/98, Diário da República, Lisboa, I Série, de 12 de Agosto.
- Decreto-Lei n.º 247/2009 Diário da República, Lisboa, I Série, de 22 de Setembro de 2009.
- PRICE, A.,; CHALKER, M. - Our journey with clinical supervision in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2000, Vol. 16 (1), pp. 51-55.
- PROCTOR, B. - Supervision: a co-operative exercise in accountability. *Enabling and Ensuring*. Leicester: Leicester National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work, 1986, 21-3.

PROCTOR, B. - On Being a Trainer. In: DRYDEN, W. & THORNE, B. (org) Training and Supervision for Counseling in Action. Sage Publications, pp. 49-86, 1991.

PROCTOR, B. - Group Supervision. A Guide to Creative Practice. Sage Publications, 2000.

PROCTOR, B INSKIPP, F. - The art, craft & tasks of counseling supervision Part 1 - making the most of supervision; professional development for counselors, psychotherapists, supervisors and trainees. Cascade: Twickenham, 1993. ISBN 0-9522758-1-3.

PROEHL, J.A. - Developing emergency nursing competence. *Nurse Clinical North American*. 2002, Vol. 37 (1), pp. 89-96.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. - Manual de Investigação em Ciências Sociais. 3.^a Edição. Lisboa: Gradiva, 2003.

RODRIGUES, A. [et al.] - Processos de formação na e para a prática de cuidados. Loures: Lusociência, 2007.

ROGERS, P.; TOPPING-MORRIS, B. - Clinical supervision for forensic mental health nurses. *Journal of Nursing Management*. 1997, Vol. 4, pp. 13-15.

ROSEN, R. - Clinical governance in primary care – Improving quality in the changing world of primary care. *British Medical Journal*. 2000, Vol. 321, pp. 551-554.

RUA, M. - De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. 2009.

SÁ-CHAVES, I. - Portfolios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão. Aveiro: Universidade, 2000.

SÁ-CHAVES, I. - Formação, Conhecimento e Supervisão - Contributo nas áreas da Formação de Professores e de outros Profissionais. 2.^a edição. Grafigamelas – Industria Gráfica, Lda., 2007.

SHAHA, M. - Planning and conducting focus group research with nurses. *Nurse Researcher*. 2011, Vol. 18, Nº 2, pp. 77-87.

SCALLY, G.; DONALDSON, L. J. - Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal*. 1998, Vol. 317 (7150), pp. 61-65.

SCHON, D. - The Reflective Practitioner. How professionals think in action. London: Temple Smith, 1993.

SCANLON, C.; WEIR, W. S. - Learning from practice? Mental health nurses' perceptions and experiences of clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing*. 1997, Vol. 26 (2), pp. 295–303.

SEMPERINGHAM, J. – Report on Eillen Skellem Three Ward. Clinical Supervision in Practice, King's Fund Centre BEBC, Dorset, 1994.

SERRA, M. - *Aprender a ser doente: processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, 2004.

SEVERINSSON, E. - The phenomenon of clinical supervision in psychiatric health care. *Journal Psychiatric Mental Health Nurse*. 1995, Vol. 2 (5), pp. 301–309.

SEVERINSSON, E. - Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*, 2001, Vol. 8, pp. 36-44.

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

SILVA, A. - Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 2007, Vol. 55, pp. 11-20.

SLOAN, G. - Good characteristics of a clinical supervisor: a community mental health nurse perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, Vol. 30 (3), pp. 713-722.

SLOAN, G. [et al.] - Cognitive therapy supervision as a framework for clinical supervision in nursing: using structure to guide discovery. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, Vol. 32 (3), pp. 515-524.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. - *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. LOURES: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-29-0.

STYLES, J.; GIBSON, T. - Is clinical supervision an option for practice nurses? *Practice Nursing*. 1999, Vol. 10 (11), pp. 10-14.

TURATO, E. R. - Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: definições, diferenças e seus objectivos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 2005, Vol. 3, pp. 507-514.

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL - Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and health Visiting. London, 1996.

VALA, J. - A Análise de Conteúdo. In: SILVA, A.; PINTO, J. M. (org). -*Metodologia das ciências sociais*. 12ª Edição. Porto: Edição Afrontamento, pp. 101-126, 2003.

VAZ, C.; CATITA, P. - Cuidar no serviço de urgência. *Nursing*. 2000, Vol. 148, pp. 14-17.

VIEIRA, F. - *Supervisão: uma prática reflexiva de formação de professores*. Rio Tinto: Edições Asa, 1993.

YEGDICH, T. - How not to do clinical supervision in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, Vol. 28, pp. 193–202.

YEGDICH, T. – Lost in the crucible of supportive clinical supervision: supervision is not therapy. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, Vol. 29 (5), pp. 1265-1275.

YIN, R. - O Estudo de caso: Planejamento e métodos. 2ª ed. São Paulo: Artmed Editora, 2001.

WATSON, N. - Mentoring today – the students' views. An investigative case study of pre-registration nursing students experiences and perception of mentoring in one theory/practice module of the Common Foundations Programme on a Project 2000 course. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, Vol. 29, (1), pp. 254-262.

WHITE, E. [et al.] - Clinical supervision: insider reports of a private world. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, Vol. 28, pp. 185–192.

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. - Does Clinical Supervision lead to better patient outcome in mental health nursing?. *Nursing Times*. 2010.

WHITMAN S. M.; JACOBS, E.G. - Responsibilities of the psychotherapy supervisor. *American Journal of Psychotherapy*. 1998, Vol. 52, pp. 166-175.

WINSHIP, G; HARDY, S. - Disentangling dynamics: group sensitivity and supervision. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1999, Vol. 6 (4), pp. 307-312.

WOOD, J. - Clinical supervision. *British Journal of Perioperative Nursing*. 2004, Vol. 14 (4), pp.151-156.

ANEXOS

ANEXO I

Cronograma da Investigação

| CRONOGRAMA de INVESTIGAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| ACTIVIDADES | F E V 12 | M A R 12 | A B R 12 | M A I 12 | J U N 12 | J U L 12 | A G O 12 | S E T 12 | O U T 12 | N O V 12 | D E Z 12 | J A N 13 | F E V 13 | M A R 13 | A B R 13 | M A I 13 | J U N 13 | J U L 13 |
| Pesquisa Bibliográfica | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desenho do instrumento | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colheita de dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise dos dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relatório | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO II

Caracterização da amostra

| Género | n | % |
|---|----|-----|
| Masculino | 3 | 30 |
| Feminino | 7 | 70 |
| Grupo Etário | | |
| 30-35 | 2 | 20 |
| 36-40 | 3 | 30 |
| 41-50 | 4 | 40 |
| 51-60 | 1 | 10 |
| Formação Académica | | |
| Licenciatura em Enfermagem | 10 | 100 |
| Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica | 2 | 20 |
| Pós-Graduação em Enfermagem de Emergência | 2 | 20 |
| Categoria Profissional | | |
| Enfermeiro | 8 | 80 |
| Enfermeiro Especialista | 2 | 20 |
| Tempo de Exercício Profissional | | |
| 10-15 | 3 | 30 |
| 16-20 | 5 | 50 |
| 21-30 | 2 | 20 |
| Tempo de Exercício no SU | | |
| 10-15 | 3 | 30 |
| 16-20 | 7 | 70 |
| Tempo de Exercício como Supervisor | | |
| 2-6 | 5 | 50 |
| 7-10 | 3 | 30 |
| 11-15 | 1 | 10 |
| 16-20 | 1 | 10 |

ANEXO III

Autorização para a execução do estudo

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE
Secretariado da Administração

Recebi em 25/11/2011

Ass: 96722 nº mec: 167


HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE
Secretariado da Administração

Ex.º Sr. Presidente do Conselho de
Administração do Hospital de Santa Maria
Maior, EPE – Barcelos:

A Comissão de Ética
p/ parecer.

O Presidente do C.A.
Lino Mesquita Machado

20 11-11-21


2012.02.06

O Presidente do C.A.
Lino Mesquita Machado

Rui Miguel Pereira Gonçalves, Enfermeiro Graduado, a exercer funções no SU deste Hospital, estando a frequentar o Curso de Mestrado em Supervisão Clínica de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª se digne autorizar a aplicação de uma Entrevista de “Focus Group” aos enfermeiros do Serviço de Urgência desta instituição, com o objectivo de recolher dados para a sua Dissertação de Mestrado, subordinada ao tema **“Supervisão clínica de pares: Perspectivas sobre o processo de desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros”**.

Esta Entrevista tem como objectivos:

- Conhecer quais as áreas de competência com que os supervisores clínicos, seleccionados pelo serviço para acompanhar a integração de enfermeiros mais jovens, se preocupam quando fazem a integração de outros enfermeiros no serviço
- Perceber, na perspectiva desses enfermeiros, a dinâmica de supervisão clínica que utilizam na integração de novos enfermeiros.

Mais informa que, neste procedimento serão tidos em conta todos os Princípios Éticos, nomeadamente os respeitantes ao anonimato dos participantes e à confidencialidade das opiniões recolhidas, além de que os resultados apurados serão apenas utilizados para os fins Académicos descritos e comunicados aos Responsáveis desta Instituição.

Pede deferimento

Barcelos, 24 de Novembro de 2011



recebi 28/11

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE
Secretariado da Administração

Recebi em 3/2/2012
Ass. Schw n.º mec. 7455

APÓS CONSULTA AO SR. ENF.º RUI
E QUE ANEXAMOS CÓPIA DO PEDIDO
REQUERIDO AO ESTABELECIMENTO
DE ENSINO EM CAUSA, INFORMAMOS
Vossa EXCELENÇA DE PARECER
FAVORÁVEL AO PEDIDO EFECTUADO.
RECOMENDAMOS AINDA QUE SEJA
SOLICITADO AO SR. ENF.º RUI
GONÇALVES A ENTREGA DO RELA-
TÓRIO FINAL A ESTA COMISSÃO
DADO O INTERESSE DO MESMO
PARA A NOSSA INSTITUIÇÃO.

PELA COMISSÃO ÉTICA SAÚDE

CARLOS M CAUDAS
O Presidente CES HSMME

24.01.2012

Comissão Ética
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.

ANEXO IV

Consentimento Informado dos participantes

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO FOCUS GROUP

Eu, _____ (nome) Enfermeiro / Enfermeiro Especialista (riscar o que não interessa) a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital Santa Mari Maior, EPE- Barcelos, venho por este meio manifestar o meu Consentimento Informado para participar no Focus Group, inserido no trabalho de Dissertação de Mestrado em Supervisão Clínica do Enfermeiro Rui Miguel Pereira Gonçalves, a desenvolver na Escola Superior de Enfermagem do Porto, subordinado ao tema: “Supervisão clínica de pares: Perspetivas sobre o processo de desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros” e que tem como objetivos: - Conhecer quais as áreas de competência com que os supervisores clínicos, seleccionados pelo serviço para acompanhar a integração de enfermeiros mais jovens, se preocupam quando fazem a integração de outros enfermeiros no serviço; - Perceber, na perspectiva desses enfermeiros, a dinâmica de supervisão clínica que utilizam na integração de novos enfermeiros.

Aceito participar neste trabalho após ter sido informado do carácter anónimo e confidencial das informações que prestarei, e da sua utilização apenas para os fins mencionados.

Barcelos, Abril de 2012

ANEXO V

Guião da entrevista de grupo

Guião do *Focus Group*

TEMA do ESTUDO: **“Supervisão clínica de pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros”**

OBJECTIVOS:

- Identificar um suporte teórico argumentativo sobre a necessidade/importância de modelos de desenvolvimento profissional dos enfermeiros com recurso a práticas de supervisão clínica; para tal recorreremos a uma revisão de literatura;
- Perceber as competências que os enfermeiros que realizam o processo de integração no SU põem em prática e querem desenvolver nos seus supervisandos;
- Conhecer as competências supervisivas que os enfermeiros que realizam a supervisão mais valorizam no processo de integração;
- Conhecer o conceito de processo de integração;
- Perceber quais as práticas supervisivas mais valorizadas pelos enfermeiros do SU no processo de integração de novos enfermeiros;
- Perceber quais as competências mais valorizadas e desenvolvidas durante o processo de integração.

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DOS ENTREVISTADOS:

Enfermeiros do SU, tendo participado activamente na integração de novos enfermeiros no serviço; que tenham mais de 3 anos de experiência profissional.

| Blocos Temáticos | Objetivos Específicos | Exemplos de questões a colocar | Ações a desenvolver/tópicos |
|---|---|--------------------------------|---|
| I – Legitimação da reunião e motivação dos participantes. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Legitimar a reunião. 2. Motivar os participantes. | | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de todos os participantes; - Informar os participantes sobre o que se pretende com reunião; |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Contextualizar a reunião no âmbito do projeto de mestrado; - Explicar a importância do focus group para a realização do trabalho em questão; - Explicar as razões da escolha dos participantes; - Assegurar o carácter confidencial da informação prestada; - Pedir autorização a todos os participantes para a gravação da reunião; - Agradecer a disponibilidade |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | | para participar no focus group. |
| II – Caracterização dos participantes | 1. Identificar dados pessoais e profissionais dos vários participantes no focus group. | <ul style="list-style-type: none"> No sentido de caracterizar a amostra peço-lhes que indiquem, de forma sintética, dados que caracterizem a sua... | <ul style="list-style-type: none"> - experiência profissional - experiência como supervisor clínico. <p>(ex.: categoria profissional, tempo de serviço, grau académico, experiência como supervisor clínico)</p> |
| III – Integração no Serviço | 1. Identificar a importância do processo de integração para o desempenho do novo profissional no serviço. | <ul style="list-style-type: none"> Gostaria que falassem sobre o que pensam do processo de integração como elemento constituinte do desempenho profissional no serviço. <p>Exemplos de questões a colocar</p> | |
| IV- Competências do enfermeiro supervisor clínico | 1. Identificar as competências do enfermeiro supervisor clínico para acompanhar o processo de integração de novos | <ul style="list-style-type: none"> Na vossa opinião, que competências deve ter o enfermeiro supervisor para acompanhar o processo de integração de novos enfermeiros no serviço? | |
| V - Atividades desenvolvidas pelos supervisores | 1. Descrever as atividades dos enfermeiros supervisores clínicos, que | <ul style="list-style-type: none"> Quais são as atividades desenvolvidas (e que são mais importantes para | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| es clínicos. | ocorrem com maior frequência no acompanhamento do processo de integração de novos enfermeiros no serviço | vocês) como supervisor clínico no acompanhamento do processo de integração de novos enfermeiros no serviço? | |
| VI - Estratégias desenvolvidas pelos supervisores clínicos no sentido de fazer a avaliação do colega que está em integração | 1. Identificar as estratégias de supervisão utilizadas pelos enfermeiros supervisores, no decorrer dos processos de integração de novos enfermeiros | <ul style="list-style-type: none"> • Que estratégias implementam nas atividades relacionadas com a avaliação de novos enfermeiros no decorrer do processo de integração ? | |
| X - Finalização | | | <ul style="list-style-type: none"> - Questionar os participantes se querem acrescentar algum aspecto sobre o tema - Disponibilizar a gravação e a transcrição aos participantes para validação (agendar calendário) |

ANEXO VI

Categorização dos dados

| Questões orientadoras | Categorias / subcategorias | Unidades de registo |
|---|--|--|
| Conceito de Processo de Integração | Integração no serviço-processo de adaptação | <i>É dar a conhecer ao novo elemento a dinâmica do serviço, fazer a apresentação de toda a equipa, o que se faz no serviço, em cada sector específico; acho que a equipa médica também é importante [E7, Ls 630-632] dar competências técnicas e organizacionais do Serviço [E1, Ls 636</i> |
| | Integração no tipo de cuidados- aquisição de saberes para trabalhar no serviço | <i>lote de capacidades que um elemento deve ter, mínimo, conjunto de competências mínimas que ele tem que desenvolver, em determinado período de tempo, que nós não sabemos definir [E10, Ls 670-672, 680-682]</i> |
| | Tem importância atribuída por todos | <i>A questão se a integração é importante ou não?! Sem dúvida que é! Sem dúvida!...?! Sem dúvida que é, não é?! [E2, Ls 164-165]</i> |
| | | |
| Factores a considerar no Processo de Integração | Ter uma ideia do que o outro necessita de saber fazer para o desempenho do posto de trabalho | <i>(...) tem a ver com muitos fatores (...) experiência profissional do colega que se está a integrar se já tem experiência de outras instituições (...) se é recém-formado (...) de que Escola vem, preciso de saber o que ele sabe [E8, Ls 150 , 152-154] (...) elemento que entra tem o seu timing de integração(...) uns podem demorar 15 dias, outro pode demorar um mês [E4, Ls 167-169] (...)a altura do ano também é</i> |
| | Experiência profissional (de onde vem – serviço anterior, se é recém formado, qual a escola onde se formou) | |
| | Tempo que o supervisor precisa para adquirir a competência e o tempo que o “supervisor” pode dispor para orientar a integração | |

| Questões orientadoras | Categorias / subcategorias | Unidades de registo |
|---|--|--|
| Factores a considerar no Processo de Integração | Tempo que o supervisor precisa para adquirir a competência e o tempo que o “supervisor” pode dispor para orientar a integração | <i>importante , em que entra na urgência... há fatores... se for uma época de inverno a integração vai ter que ser muito mais rápida, porque não vai haver tempo para orientar o colega, porque o colega responsável (o enfermeiro) pode estar a fazer integração mas tem um plano trabalho [E8, Ls 170-175] (...) para além de fazerem a integração no serviço eles têm que ser integrados neste tipo de cuidados [E9, Ls194-195] (...) durante um turno, ou durante os vários turnos, eu consigo ser mera observadora na prática, (...) a noção se, o colega que ali está, se está a adaptar-se, se está adaptado à nossa equipa e ao nosso trabalho e ao que nós fazemos diariamente, é assim que avalio[E2, Ls 1256-1259</i> |
| Características do Processo de Integração | Inexistência de um processo estruturado | <i>Não considero que exista um verdadeiro processo de integração (...)quero dizer com isto é, na maior parte das situações eles não passam por um processo de integração (...) passam por um processo de adaptação de duas três semanas, muito curto (...) e depois vemos as dificuldades com que eles se deparam no dia-a-dia; é um processo com muitas falhas; (...) não temos nada,</i> |
| | Inexistência de um elenco de conhecimentos a desenvolver | |
| | Assimetrias grandes nos saberes que cada enfermeiro que integra valoriza que o outro aprenda para trabalhar | |
| Questões orientadoras | Categorias / subcategorias | Unidades de registo |
| | Assimetrias grandes nos saberes que cada | <i>estruturado no serviço para fazer a integração, fica ao sabor de quem integra o</i> |

| | | |
|---|--|--|
| Características do Processo de Integração | enfermeiro que integra valoriza que o outro aprenda para trabalhar | <i>novo profissional [E9, Ls 208--216; E1, 217; E10, Ls 244-245]</i> |
| | Permite aprender com o outro | <i>eu também acabo por aprender alguma coisa com o facto de estar a orientá-lo [E10, Ls 1402-1403]</i> |
| | Existe um Manual com indicação de algumas rotinas, algumas formas de atuar no serviço | <i>(...) isso [o ME] é utilizado, até por nós quando fazemos processo de integração, nem sempre nós estimulamos o colega a ir consultar o Manual de Enfermagem (ME) (...) [E10, Ls 265-266]</i> |
| | Durabilidade do período de integração- tempo necessário para desenvolver trabalho individual | <i>O processo de integração, no fundo, é um processo que a gente tenta que o colega que vem para o serviço, tentar num determinado tempo, que está mais ou menos protocolado, 15 dias, três semanas, que esteja mais ou menos apto... nunca estará apto... neste processo de integração até nós estamos sempre sujeitos a ter alterações ao nível do SU, não é?!, temos que nos ir adaptando a novas dinâmicas, a novas formas de ver as coisas, não é?! e o colega novo, quer dizer, que vem, (...) esse processo de integração será o tempo necessário para que esse colega, pelo menos, sozinho consiga</i> |
| Questões orientadoras | Categorias / subcategorias | Unidades de registo |
| | Durabilidade do período de integração- tempo necessário para desenvolver trabalho individual | <i>desenvolver trabalho individual no seu plano de trabalho (E10, Ls 267-274) (...) três semanas, um mês, no máximo, não é o tempo suficiente para se integrar a maior parte dos profissionais no SU [E9, Ls 305-307]</i> |

| | | |
|---|--|---|
| Características do Processo de Integração | Precisa de acompanhamento -também se integra “sozinho” | turnos de integração sozinhos(...)não dão rendimento , depois não aprendem e surgem queixas [E5, Ls 353; E9, Ls 359-360] |
| | Análise/Reflexão - não há espaço para a fazer | <i>(...) não há espaço para reflexão [E10, Ls 1506]; a partir do momento em que se estabelece uma relação de confiança e de ajuda para com ele, se ele perceber que eu estou ali para ajudá-lo, temos que fazer o diagnóstico de situação, o que é que ele sabe, o que é que ele está capaz de fazer e o que não está capaz de fazer, onde é que ele precisa de ajuda [E10, Ls 1403-1406]</i> |
| Adquirir saber fazer (competência) | Processo a necessitar de acompanhamento na vida profissional (que depende do interesse do supervisor e da ideia de que a aprendizagem é contínua e o desenvolvimento profissional progressivo) | <i>(...) a responsabilidade de quem integra é fornecer instrumentos ao outro (...)orienta-los por aqui e por ali (...)porque eu ainda hoje continuo a estudar, acho fundamental os conhecimentos, o conhecimento teórico, não é a única coisa, mas acho fundamental para a... até para nós adquirirmos</i> |
| Questões orientadoras | Categorias / subcategorias | Unidades de registo |
| | | <i>competências em determinadas áreas [E9, Ls 730-736]</i> |
| | Experiencia profissional na área reconhecida, pelos pares | <i>Deve ser um perito (...) tem que ser uma pessoa com competências relacionais, porque há muita gente que tem muita experiência, só que depois não sabe passá-la, ou então não sabe ouvir; tem que ter competências técnicas, experiência, e... essencialmente essas três,</i> |
| | Experiencias relacionais (saber ouvir, empatia) | |

| | | |
|---|---|---|
| Competências (características) do Supervisor Clínico | Competências técnicas | <i>experiência, técnicas e relacionais... e ser aceite pela equipa (...) reconhecimento da equipa naquele elemento... [E5, Ls 766, 771-774; E9, Ls 749; E6; E3 1001-1003]</i> |
| | Auto-estima | <i>(...) Motivação [E6, Ls 972; E2, 975; E9, 817-818] autoestima (...) tem que ter autoestima positiva [E3, Ls 974, 977]</i> |
| | Motivação | |
| | Experiencia de gestão | <i>(...) a Chefe escolhe conforme os critérios de competências mais... parece-me, que alguns são a competência demonstrada... organizacionais e.. e relacionais [E9, Ls 1128-1130]</i> |
| | Presença efetiva junto da pessoa que vai ser integrada | <i>(...) se tu tens um Plano tens que estar presente para observar o que o outro sabe, está a fazer, se constantemente estás ausente desse Plano, tu não sabes o que deves</i> |
| Questões orientadoras | Categorias / subcategorias | Unidades de registo |
| | | <i>exigir. Não sabes estar no SU... Sabes que estás no SU mas, não estás... [E8, Ls 991-993]</i> |
| Competências a desenvolver no Enfermeiro supervisionado | Capacidades para agir -Rapidez de atuação -Observação (olho clínico) -Responsabilidade -Gerir emoções -Competências técnicas | <i>pé ligeiro ... sim... e tem que ter muitas competências técnicas... e Suporte Básico de Vida não adianta nada identificar se depois não se atuar (...) não adianta identificar muitas situações [E. Ls 444; E10, L 445, Ls 4449-451] (...) à medida que nós vamos tendo, adquirindo conhecimentos e competências, vamos tendo noção das dificuldades, das exigências(...) [E9, Ls 501-</i> |
| | Condições para o desenvolvimento da competência - Tempo necessário para | |

| | | |
|--|--|--|
| | desenvolver o saber e o saber fazer - Experiências práticas variadas em termos de diversidade e padrão de cuidados do local de trabalho | 502] <i>(...) a forma como ele se comporta, a forma como ele gere o stress, isso para mim são situações de maior prioridade [E 10, Ls 1451- 1453]</i> |
| | | |
| Competências técnicas obrigatórias no SU | | - Permeabilização / optimização da via aérea (administração de O2; aspiração de secreções; colocação de tubo de Guedell; colaborar c/ equipa médica na EOT) - Circulação (cateterização de uma |
| | | |
| Questões orientadoras | Categorias / subcategorias | Unidades de registo |
| Competências técnicas obrigatórias no SU | | veia; permeabilização de acesso venoso; avaliação de SV; avaliação de coloração e temperatura da pele e mucosas) - Avaliação neurológica através de ECG - SAV [E4, Ls 2101-2109] |
| | | - Capacidade de avaliar os doentes segundo a abordagem ABCDE - SAV [E3, Ls 2111-2112] |
| | | - manutenção da via aérea - monitorização electrocardiográfica - entubação nasogástrica - algaliação |

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - <i>aspiração de secreções</i> - <i>punção venosa</i> - <i>colaborar na inserção de drenos torácicos</i> - <i>colaborar em punções e lavagens intra-abdominais</i> - <i>colaboração em paracentese</i> - <i>colaborar em PL</i> - <i>colaborar em toracocentese</i> - <i>efetuar flebotomias</i> |
| Questões orientadoras | Categorias / subcategorias | Unidades de registo |
| Competências técnicas obrigatórias no SU | | <i>[E5, Ls 2114-2125]</i> |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - <i>abordagem ao doente segundo a metodologia da avaliação primária e avaliação secundária;</i> - <i>Conhecimentos sobre técnicas, nomeadamente, "Paracentese", "Toracocentese", "Punção Lombar", bem como, na preparação do material necessário para a sua execução;</i> <i>[E7, Ls 2127-2131]</i> |
| | | |

