ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

Utilização da gamificação para promover o conhecimento sobre Supervisão Clínica em Enfermagem: Desenvolvimento de um protótipo

Dissertação de Mestrado

Ana Inês Silva Fonseca Loureiro dos Santos Almeida

Porto | 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

UTILIZAÇÃO DA GAMIFICAÇÃO PARA PROMOVER O CONHECIMENTO SOBRE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: DESENVOLVIMENTO DE UM PROTÓTIPO

USE OF GAMIFICATION TO PROMOTE KNOWLEDGE ABOUT CLINICAL SUPERVISION IN NURSING: DEVELOPMENT OF A PROTOTYPE

Dissertação orientada pela Professora Doutora Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes e coorientada pela Professora Doutora Cristina Barroso

Ana Inês Silva Fonseca Loureiro dos Santos Almeida

Porto, 2023

"…it is possible to improve learning outcomes in health professions education by using gamification, especially when employing game attributes that improve learning behaviours and attitudes towards learning."

(Van Gaalen et al., 2021)

AGRADECIMENTOS

OBRIGADA Professora Orientadora Doutora Carla Fernandes pela inigualável experiência, apoio, exemplo, incentivo, disponibilidade e aconselhamento capazes de tornar possível o desafio na concretização desta dissertação.

OBRIGADA Professora Coorientadora Doutora Cristina Barroso pela disponibilidade e aconselhamento.

OBRIGADA a todos os peritos em Supervisão Clínica e aos enfermeiros da prática clínica que participaram no estudo pelo apoio desinteressado, colaboração e disponibilidade.

OBRIGADA Sra. Enfermeira Geral do Hospital da Prelada Filomena Maia, Sra. Enfermeira Chefe da Unidade de Queimados Marta Figueiredo (em representação de toda a equipa de enfermeiros à qual tenho o orgulho de pertencer) pelo encorajamento ao desenvolvimento pessoal e profissional.

OBRIGADA papás pelo exemplo de determinação, incentivo, apoio e por me substituírem, sempre que necessário, nas minhas obrigações.

OBRIGADA *brother* Quim Zé, afilhada Margarida e Cristina por compreenderem, não só as minhas ausências, mas também as minhas presenças ausentes.

OBRIGADA Marco pelo apoio, pela companhia no lazer abdicado e por compreenderes a importância das minhas prioridades.

OBRIGADA Benedita… por aceitares as minhas escolhas, respeitares os meus silêncios, incentivares o meu descanso, disfarçares a tristeza dos meus abraços cansados e dos serões, onde apenas sentias a minha companhia na melodia monocórdica de um teclado. E parabéns… porque aprendeste que o sacrifício vale menos do que a recompensa de nos conseguirmos superar.

ABREVIATURAS

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

RESUMO

Introdução: A Supervisão Clínica em Enfermagem é um processo de acompanhamento da prática profissional. Os processos de reflexão e análise da prática clínica permitem, a enfermeiros recém-licenciados (ou recém-admitidos num serviço), adaptarem-se a contextos complexos e mutáveis. Em alternativa às práticas comuns de supervisão clínica, o uso de gamificação, permite reinventar metodologias de supervisão com maiores e reconhecidos benefícios no desenvolvimento das competências profissionais. Resultados recentes demonstraram que o uso da metodologia da gamificação mostrou-se uma mais valia quando comparada aos métodos convencionais de Supervisão Clínica em Enfermagem. Aproveitando os benefícios da gamificação, após constatação do défice de conhecimentos sobre Supervisão Clínica por parte de alguns Enfermeiros Supervisores de uma instituição hospitalar, propusemo-nos criar um instrumento gamificado de carácter reflexivo e partilha de experiências, de forma a dotar os profissionais responsáveis pela supervisão de pares, sem formação na área, com competências básicas na área da Supervisão Clínica em Enfermagem. **Objetivo**: Desenvolver um protótipo de um recurso gamificado que promova o conhecimento sobre Supervisão Clínica em Enfermagem. **Metodologia**: Este estudo segue as etapas do desenvolvimento de um recurso gamificado. A fase 1 tinha como objetivo a criação do constructo do jogo através da revisão da literatura, construção do conteúdo do jogo (perguntas e respostas) e validação desse conteúdo através de um estudo Delphi. A fase 2 consistiu no desenvolvimento do protótipo e no teste do jogo (aplicação e avaliação com recurso a um questionário criado para o efeito). **Resultados**: A fase 1, estudo Delphi, decorreu em duas rondas e permitiu validar as questões propostas. Obteve-se um grau de concordância médio de 71% nas 51 questões e 10 casos clínicos a incorporar no jogo denominado: *"Game4NurseSupervisor"*. Neste jogo, o jogador deve responder às questões / casos clínicos apresentados, expostos em cartões coloridos que abrangem diferentes temáticas da Supervisão Clínica em Enfermagem, depois do lançamento do dado que determina a deslocação de um peão no tabuleiro de jogo. Após a aplicação e teste do jogo destacam-se o seu poder reflexivo, lúdico, dinâmico, interativo e didático sendo que as sugestões de melhoria assinalam a necessidade de diminuir o tempo necessário para a sua aplicação e a necessidade de um reduzido número de utilizadores. **Conclusão**: O jogo foi assumidamente avaliado como significativo pelos utilizadores uma vez que permite que os jogadores, individualmente ou em pequenas equipas, reflitam sobre as temáticas da Supervisão Clínica em Enfermagem e otimizem a prática supervisiva.

Palavras Chave: Enfermagem, Supervisão, Gamificação

ABSTRACT

Introduction: Clinical Supervision in Nursing is a process of monitoring professional practice. The processes of reflection and analysis of clinical practice allow newly licensed nurses (or those recently admitted to a service) to adapt to complex and changing contexts. As an alternative to common clinical supervision practices, the use of gamification allows you to reinvent supervision methodologies with greater and recognized benefits in the development of professional skills. Recent results demonstrated that the use of the gamification methodology proved to be an added value when compared to conventional methods of Clinical Supervision in Nursing. Taking advantage of the benefits of gamification, after realizing the lack of knowledge about Clinical Supervision on the part of some Nurse Supervisors at a hospital institution, we set out to create a gamified instrument of a reflective nature and shared experiences, in order to equip professionals responsible for supervision of peers, without training in the area, with basic skills in the area of Clinical Supervision in Nursing. **Objective:** Develop a prototype of a gamified resource that promotes knowledge about Clinical Supervision in Nursing. **Methodology:** This study follows the stages of developing a gamified resource. Phase 1 aimed to create the game construct through literature review, construction of game content (questions and answers) and validation of this content through a Delphi study. Phase 2 consisted of developing the prototype and testing the game (application and evaluation using a questionnaire created for this purpose). **Results:** Phase 1, the Delphi study, took place in two rounds and allowed the proposed questions to be validated. An average degree of agreement of 71% was obtained in the 51 questions and 10 clinical cases to be incorporated into the game called: "Game4NurseSupervisor". In this game, the player must answer the questions/clinical cases presented, displayed on colored cards that cover different themes of Clinical Supervision in Nursing, after rolling the dice that determines the movement of a pawn on the game board. After applying and testing the game, its reflective, playful, dynamic, interactive and didactic power stands out, with suggestions for improvement highlighting the need to reduce the time required for its application and the need for a reduced number of users. **Conclusion:** The game was clearly evaluated as significant by users as it allows players, individually or in small teams, to reflect on Clinical Supervision themes and optimize supervisory practice.

Keywords: **Nursing, Supervisory, Gamification**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 25
1.1. A Supervisão Clínica em Enfermagem 25
1.1.1. A Supervisão de Pares 28
1.2. Gamificação em Saúde 31
1.2.1. Jogos de tabuleiro 35
1.2.2. Jogos sérios e gamificação em Enfermagem 38
1.3. Gamificação em Supervisão Clínica de Enfermagem 40
2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO 43
2.1. Fase 1 – Conteúdo do jogo 44
2.2. Fase 2 – Desenho do jogo e teste do jogo 52
3. RESULTADOS 57
3.1. Estudo Delphi 57
3.2. Jogo: *"Game4NursingSupervisor"* 65
4. DISCUSSÃO FINAL 77
CONCLUSÃO 89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 93
ANEXOS 99

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto
Anexo II - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação
Anexo III – Questionário de avaliação do jogo – Fase 2
Anexo IV - Estudo Delphi - Ronda I
Anexo V - Estudo Delphi - Ronda II

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação entre gamificação e os diferentes tipos de jogos……34

Figura 2 – Desenho do estudo……43

Figura 3 – Palavra e símbolo associados ao término do jogo apresentado……66

Figura 4 – Vantagens e Desvantagens do jogo *"Game4NurseSuperisor"* ……71

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Jogo: "*Game4NurseSupervisor"* ……66

Imagem 2 – Exemplos dos cartões do jogo de acordo com as diferentes categorias……68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos peritos da ronda I……60

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos peritos da ronda II……63

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos participantes da aplicação do jogo……..…70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivo Geral e Específicos da investigação……44

Quadro 2 – Resultados da Ronda I – Estudo Delphi……60

Quadro 3 – Resultados da Ronda II – Estudo Delphi……64

Quadro 4 – Análise de Conteúdo sobre as vantagens e desvantagens expressas pelos participantes relativas à aplicação do jogo……74

Quadro 5 – Resultados da avaliação do jogo *"Game4NurseSupervisor"* ……75

INTRODUÇÃO

A SCE assume múltiplas formas em diferentes contextos, contudo, e independentemente dessa aplicabilidade, esta assume-se como uma verdadeira ferramenta como forma de assegurar a qualidade dos cuidados e a obtenção de resultados de enfermagem compatíveis com as necessidades dos vários tipos de população a quem se destina: pares, estudantes e cuidadores (Abreu, 2007). Entre os vários tipos de SCE, este estudo de investigação, inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, no ano letivo 2022/2023 da Escola Superior de Enfermagem do Porto, enveredou pela Supervisão de Pares.

Pretende-se relacionar, ao longo deste estudo, dois conceitos estruturais: Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) e Gamificação. A SCE é perspetivada, pela Ordem dos Enfermeiros, como um processo de desenvolvimento e valorização profissional com impacto na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados e na obtenção de ganhos em saúde (2018). Envolve uma relação caracterizada pelo apoio do supervisor para com o supervisado o que, em parte, facilita uma aprendizagem reflexiva desde que adaptado às características de cada contexto (Bifarin e Stonehouse, 2017). O ambiente de trabalho desenvolvido num contexto formal onde existem processos supervisivos é favorável à criação de oportunidades para a reflexão crítica dos valores dos cuidados prestados ao mesmo tempo que fomenta o compromisso de melhorar os padrões de cuidado e encoraja para novos desafios da prática clínica (Markey et al., 2020).

São precisamente os novos desafios da prática clínica que possibilitam a utilização de diferentes metodologias, por exemplo no ensino de enfermagem ou no desenvolvimento dos processos supervisivos em enfermagem. Apesar dos avanços tecnológicos, o sistema educacional tradicional, essencialmente expositivo, parece estar com dificuldade em acompanhar as demandas tecnológicas o que induz o desenvolvimento urgente de reformas na educação/formação de adultos contemporânea, onde se enquadra a SCE (Fijačko et al, 2020). Ainda assim já existem novos recursos, tecnológicos ou não, que suportam abordagens educativas e que podem ser utilizadas pela SCE como é o caso da Gamificação (Fijačko et al, 2020). A Gamificação, ou aprendizagem baseada em jogos, apresenta-se como uma ferramenta particularmente nova e atraente, a sua utilização tem uma tendência crescente na educação em

saúde, o que é evidenciado pelo crescente número de artigos publicados sobre a temática (Davis, 2021). Refere-se a um conceito relativamente novo, é um processo específico de estimulação do raciocínio que utiliza elementos de jogo em várias atividades do mundo real, com o objetivo de envolver ativamente os indivíduos na resolução de vários tipos de tarefas (Fijačko et al, 2020). É, por isso, considerada uma excelente metodologia pois atrai, não só a atenção de um indivíduo, mas, também, de um grupo onde se desenvolve uma determinada atividade (Fijačko et al, 2020). O uso da gamificação pode, por estes motivos, ser generalizado e materializar-se em diferentes contextos. No caso deste estudo, a gamificação foi utilizada e materializada num jogo sério com aplicabilidade na área da SCE.

Desta forma, e partindo do pressuposto das pesquisas que apontam que a gamificação, materializada em jogos sérios, é eficaz no ensino da enfermagem (Davis, 2021) este estudo tem como objetivo geral o desenvolvimento de um protótipo de um recurso gamificado que promova o conhecimento sobre SCE, na ótica dos enfermeiros supervisores como utilizadores. Dos objetivos específicos constam: reunir os conteúdos de Supervisão Clínica em Enfermagem a integrar no constructo do recurso gamificado (fase 1); validar os conteúdos de Supervisão Clínica em Enfermagem a integrar no constructo do recurso gamificado através de um estudo Delphi (fase 1); construir o protótipo do recurso gamificado (fase 2) e testar e avaliar o protótipo do recurso gamificado que facilite a reflexão sobre os constructos teóricos da Supervisão Clínica em Enfermagem (fase2).

Este trabalho está organizado segundo três principais capítulos. Após a introdução, o primeiro capítulo destaca o enquadramento teórico da problemática em estudo onde além de se desenvolverem os conteúdos centrais, SCE e gamificação, se estabelecem as relações entre esses mesmos conceitos. O segundo capítulo descreve a metodologia utilizada no decurso deste trabalho de investigação e apresenta-se, por sua vez, dividida em dois subcapítulos que dizem respeito a duas diferentes fases com diferentes abordagens metodológicas. No primeiro subcapítulo descreve-se a fase de construção do conteúdo do jogo onde se insere, na sua fase final, o desenvolvimento de um estudo Delphi, sendo que no segundo subcapítulo se descreve a metodologia que esteve na base do desenho, aplicação e teste de jogo. O terceiro capítulo apresenta os resultados de acordo com as duas fases metodológicas apresentadas no capítulo prévio. No primeiro subcapítulo da apresentação dos resultados destacam-se os resultados obtidos após o desenvolvimento do estudo Delphi e que condicionaram a construção do protótipo de jogo na medida em que foram validadas as perguntas e respostas a inserir no jogo

(conteúdo do jogo). O segundo subcapítulo apresenta a forma como foi construído o jogo bem como os resultados que advieram da aplicação e teste do recurso gamificado desenvolvido. A discussão final apresenta as principais limitações e conclusões emanadas do desenvolvimento deste estudo e que dizem respeito à pertinência do jogo para o público-alvo de acordo com conclusões, quer do estudo Delphi, quer dos resultados da aplicação do teste pelos utilizadores. A conclusão sumariza os aspetos principais a destacar deste estudo e realça os benefícios identificados na construção do protótipo de jogo construído.

Este trabalho foi elaborado segundo as normas da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com recurso ao agregador de conteúdos da Ebsco para a pesquisa bibliográfica.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo pretende, mais do que explicitar as definições de conceitos absolutamente estratégicos nesta investigação como o conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem ou de gamificação, relacioná-los de forma a tornar percetível a vantagem da utilização de um recurso gamificado na área da saúde, nomeadamente na área da SCE, mais especificamente na supervisão de pares. Esta relação de conceitos e vantagens subsequentes, justificam a construção e aplicação de um recurso gamificado descritos nos capítulos 2 e 3.

1.1. A Supervisão Clínica em Enfermagem

Foi a revolução industrial quem alicerçou o desenvolvimento da profissão de enfermagem tal como a vemos nos dias de hoje. Anteriormente a enfermagem era vista como uma arte, altamente associada à racionalidade técnica e assim perdurou durante anos. A transposição da racionalidade prática para a racionalidade crítica e reflexiva sobre as práticas de enfermagem, acompanhou esta importante revolução industrial com importantes impactos económicos e sociais, e ditou que a enfermagem fosse considerada uma ciência, tal como outras, com corpo de conhecimentos próprios (Pires et al., 2020).

Estes conhecimentos próprios, bem como outros que resultam da multidisciplinaridade da prática de enfermagem, sustentam a legitimidade dos enfermeiros colaborarem no exercício da profissão ao nível da gestão, investigação, docência, formação e assessoria de forma a contribuir para a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem, o que vai muito além da prestação individualizada de cada enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Ainda de acordo com o mesmo documento, entende-se que cada profissional de enfermagem deve ser capaz de organizar, coordenar, executar, supervisar e avaliar a formação de outros enfermeiros. É neste

contexto que a supervisão se enquadra na atividade profissional da Enfermagem, descrita neste regulamento como um processo onde intervém uma díade, supervisor clínico (enfermeiro) e supervisado (estudante, enfermeiro ou cuidador) com o objetivo principal de estruturar a aprendizagem, a construção de conhecimento e a aquisição e desenvolvimento de competências analíticas e reflexivas.

De um modo genérico podemos considerar que a supervisão é uma intervenção promovida por um membro sénior para um ou mais membros juniores da mesma classe profissional. Esta relação é pautada por processos de avaliação que se estendem ao longo de um tempo pré-definido, ajustável à realidade com diferentes e simultâneos objetivos. Por um lado, a supervisão promove o desenvolvimento profissional do membro júnior, permite a monitorização da qualidade dos cuidados e serve, igualmente, como barreira seletiva dos que pretendem ingressar numa profissão em particular (Dixon, 2003).

A par da definição proposta pela Ordem dos Enfermeiros, existem muitas outras definições de SCE, não há uma definição consensual sendo que a SCE tal como a vemos atualmente, sofreu, a par da Enfermagem enquanto ciência, sucessivas alterações ao longo dos tempos e de acordo com os acontecimentos. Contudo, alguns dos princípios que ainda hoje fundamentam a supervisão clínica em podem ser atribuíveis aos trabalhos de Nightingale com a sistematização e o enquadramento da formação associada à Enfermagem desenvolvida no Ocidente (Abreu, 2007). Concomitantemente, o contexto americano desenvolveu, ainda mais, este conceito tendo, inclusive, desenvolvido algumas conferências, nos anos 30, sobre o tema enfatizando a sua relação com a necessidade de promover a qualidade da prática assistencial (Abreu, 2007). Com o continuar do tempo, a enfermagem foi conseguindo acompanhar as exigências da sociedade sendo que a SCE foi, em parte, uma das responsáveis pelo desenvolvimento da profissão de enfermagem na medida em introduziu, entre outros, um importante conceito, o da reflexão, na prática clínica dos enfermeiros. A arte do fazer através de outros modelos da prática instrumental (anteriormente designada por racionalidade prática), foi-se transformando na arte de pensar o que fazer, antes de o fazer, durante e de forma retrospetiva e alicerçada na maior evidência clínica apresentada (racionalidade crítica) (Schon, 1987).

Desde os anos 20 e 30 do século passado que se acredita que a SCE pode centrar-se no desenvolvimento profissional através de um processo democrático onde imperem as discussões preliminares não diretivas e não autoritárias, a colaboração, a informalidade, a potenciação das capacidades de cada um, a permissividade e o suporte como forma de promover a implicação

pessoal e colaboração que sustenta o orgulho e a satisfação profissional (Abreu, 2007). Ainda hoje, volvido quase um século, e de acordo com a pesquisa realizada, é perceptível que os autores que atualmente se debruçam sobre a temática da SCE permanecem convictos das mesmas bases (King et al., 2021).

A este respeito importante clarificar que, e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a SCE é essencial para "assegurar um suporte efetivo e integral na relação supervisiva, garantindo a qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, para a construção crítico -reflexiva e consolidação da identidade profissional" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.16657). Neste sentido é perspetivada como um processo de desenvolvimento e valorização profissional com impacto na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados e na obtenção de ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A SCE pode assumir diferentes contextos, como já foi anteriormente referido a propósito da definição proposta pela Ordem dos Enfermeiros. Destacam-se, a este respeito: a supervisão de estudantes, de pares e de cuidadores (Abreu, 2007).

A supervisão de estudantes de enfermagem é um processo que compreende uma díade entre supervisor clínico, também chamado de perceptor ou mentor, e um estudante. O papel do supervisor assenta no desenvolvimento de atividades no domínio do supervisionar, ensinar, instruir, treinar, aconselhar, avaliar e apoiar (Silva et al, 2011). A supervisão de estudantes, bem como a de pares, está, habitualmente relacionada com um conhecido modelo de supervisão, modelo de Proctor, que determina a subdivisão da supervisão em três grandes áreas: normativa (administrativa), formativa (conhecimento) e restaurativa (apoio, suporte) (Proctor, 1986)).

A supervisão de pares promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros através de um relacionamento alicerçado no apoio mútuo com o objetivo de melhorar as práticas clínicas (Saab et al, 2020). De forma análoga aos estudantes, também a supervisão de pares se pode subdividir em três componentes, normativa, formativa e restaurativa (Reschke et al., 2020). Neste sentido é um processo formal de acompanhamento do exercício profissional com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados através da promoção da tomada de decisão por meios de métodos de reflexão e análise da prática clínica (Rocha et al, 2021).

A supervisão de cuidadores, por sua vez, debruça-se sobre a qualidade de cuidados prestados, pelos cuidadores aos doentes a quem são prestados os cuidados. Estes cuidadores são pessoas

com vínculos significativos com uma pessoa que requer cuidados (pode ser um familiar, amigo ou vizinho) (Coelho et al., 2022). Cuidar de um doente em casa pode ser altamente destabilizador pelas mudanças que isso acarreta e que são, muitas vezes, ignoradas pelos profissionais da saúde (Teixeira et al, 2016). Além disso, a maior parte destes cuidadores requer aquisição de competências específicas para o nível de cuidados a que se destina e uma das principais tarefas do enfermeiro é ajudá-los a desempenharem o seu papel de forma adequada (Teixeira et al, 2016). Assim, considera-se que os enfermeiros são os profissionais de referência para assumir a supervisão de cuidadores que permite a promoção da qualidade dos cuidados ao mesmo tempo que permite a obtenção de ganhos em saúde e a melhoria dos serviços de saúde em geral, por exemplo mensurável através da diminuição das taxas de reinternamento de doentes (Teixeira et al, 2016; Coelho et al, 2020).

Independentemente do contexto supervisivo, assume-se que a SCE é amplamente aceite como um importante elemento da prática clínica diretamente relacionado com a garantia da qualidade assistencial (Snowdon et al., 2017). Assim, a melhoria da qualidade dos cuidados está diretamente dependente, não só do desenvolvimento e crescimento pessoal de cada membro da equipa, como também da equipa como um todo enquanto parceiro coletivo e ativo no processo supervisivo (Snowdon et al., 2017). Simultaneamente, é um processo bidirecional, no qual o supervisado, periodicamente, reflete sobre a sua prática clínica com um supervisor o que permite o seu crescimento enquanto profissional clínico (Driscoll et al., 2019).

Neste trabalho, e de acordo com a pertinência do que se pretende estudar, o enfoque será sobre a supervisão de pares.

1.1.1. A Supervisão de Pares

A rotatividade de enfermeiros, nomeadamente de novos enfermeiros, é um grave problema para as instituições da saúde a nível mundial sendo que esta rotatividade tem, naturalmente, consequências negativas para os doentes e para as instituições da saúde (Visiers-Jiménez et al., 2021). A par deste aspeto primordial, é importante realçar que os custos com a rotatividade dos

enfermeiros não são desprezíveis. A título de exemplo, nos Estados Unidos da América estima-se que o custo da rotatividade de um enfermeiro possa implicar custos que excedem o dobro do seu salário além de que esta rotatividade tem implicações diretas na qualidade dos serviços assistenciais (Craddock, 2017). Alguns dos fatores que estão na base da rotatividade dos enfermeiros relacionam-se com o envelhecimento dos profissionais que, mais comumente no contexto hospitalar, pretendem abandonar o trabalho por turnos a partir de uma determinada faixa etária; por outro lado, e transversalmente a todos os profissionais da enfermagem, existem os que pedem transferência de serviço e/ou mesmo de instituição devido ao aumento da demanda da exigência dos serviços, a insatisfação laboral, a não integração na equipa clínica, a não identificação com a cultura organizacional, o desequilíbrio e o esgotamento na díade entre vida profissional e laboral (Aparício & Nicholson, 2020; Robinson et al., 2022). Se, por um lado, existem fatores que não são modificáveis, como o envelhecimento dos profissionais e as suas opções laborais, outros tantos existem que por serem modificáveis tornam-se desafiadores para os supervisores que tentam, nos profissionais que integram, inverter a todo o custo.

Um estudo europeu relaciona a relação supervisiva, existente entre o estudante de enfermagem no último estágio de integração à vida profissional e o enfermeiro responsável pelo processo supervisivo, como influenciador do desenvolvimento de competências do estudante; processos de mentoria bem organizados atendem às necessidades individuais de aprendizagem, redução a ocorrência de erros clínicos que conduz uma assistência mais segura e de maior qualidade (Visiers-Jiménez et al., 2021). Processos supervisivos de qualidade parecem estar relacionados com a diminuição da intenção de rotatividade por parte dos futuros enfermeiros (Visiers-Jiménez et al., 2021). O processo supervisivo pode, por isso, além de promover a integração ser também potenciador de satisfação profissional na medida em que permite o aumento de competências, a sensação de autoconfiança e desenvolvimento de sentido de pertença ao grupo. A médio, longo prazo, existe evidência que estes processos de supervisão evitam a retirada voluntária dos profissionais, incentivam a permanência e a retenção dos profissionais de enfermagem (Aparício & Nicholson, 2020).

Genericamente a SCE é considerada um processo formal de acompanhamento da prática profissional. Através de processos constantes de reflexão e análise da prática clínica, os recém-licenciados (recém-admitidos) num serviço clínico adaptam-se a contextos complexos, difíceis e mutáveis com o intuito de adquirir competências pessoais e profissionais que assegurem, em última instância, tomadas de decisão segura em prol da melhoria contínua dos cuidados

prestados (Abreu, 2007; Figueira, 2016). As mudanças ocorridas ao longo dos tempos permitiram compreender a importância que a supervisão, como processo, tem no desenvolvimento e no apoio profissional (Abreu, 2007; Figueira, 2016; Snowdon et al., 2020).

A SCE proporciona a estabilidade e orientação necessárias a profissionais recém-licenciados. Inicia-se através de um processo de integração em que um profissional da prática clínica assume o papel de supervisor que orienta um outro profissional, menos experiente, através de uma estrutura organizada e baseada em princípios de prática reflexiva. Através desse processo, o enfermeiro supervisado, doravante designado somente por supervisado, pode otimizar as suas habilidades de raciocínio profissional e tomada de decisão, o que leva à promoção da qualidade das práticas, segurança e proteção do doente, bem como à construção da identidade profissional (Carvalho, 2016; Pires et al., 2020; Snowdon et al., 2020).

Os processos de supervisão devem ser adequados e responderem às necessidades dos enfermeiros de forma a torná-los mais capazes para o exercício profissional e, com isso, mais satisfeitos (Rocha et al., 2021). Isto implica que os processos supervisivos de pares abranjam uma multiplicidade de intervenções que não se esgotam, exclusivamente, na componente prática propriamente dita, antes se revêm nas componentes normativa, formativa e restaurativa da supervisão (Reschke et al., 2020). Entende-se que são os processos de reflexão e de análise da prática clínica que vão permitir processos supervisivos produtivos e capazes de se traduzirem em ganhos efetivos para os profissionais (Teixeira et al., 2021). Por esse mesmo motivo, entende-se que o processo reflexivo que se permite instaurar com a gamificação proposta neste estudo, permitirá criar momentos grupais reflexivos acerca da supervisão de pares de forma a melhorar os conhecimentos dos enfermeiros supervisores (componente formativa) sobre o próprio modelo de supervisão em vigor no serviço referente à integração de novos enfermeiros (componente normativa) e assim permitir que se tornem mais aptos, seguros e apoiados nos processos que vão diligenciar (componente restaurativa).

Assim, concluindo, partindo de um problema identificado na prática, o trabalho desenvolvido assenta no desenvolvimento de um protótipo de jogo que seja capaz de promover a reflexão grupal os principais constructos da SCE – funções, estratégias e fatores facilitadores. Desta forma pretende-se que possam, de uma forma atrativa, refletir sobre as práticas em uso, que apesar do empenho e dedicação, integram estratégias informais e não sustentadas do ponto de vista teórico, durante o processo de supervisão.

1.2. Gamificação em Saúde

A gamificação é um conceito relativamente recente e, normalmente, é definido como a aplicação dos elementos do jogo para contexto não-jogo (Mcdougall, 2018). O conceito já foi usado por Nick Pelling, em 2002, contudo o termo não foi usado de forma generalizada antes de 2010 (Fijačko et al, 2020). Surge como uma alternativa metodológica alternativa e didática de ensino, em substituição ao modelo convencional expositivo, de forma a conseguir acompanhar e atrair as gerações atuais, considerados nativos digitais (Dantas et al., 2022).

O campo da gamificação reconsidera a forma como os jogos funcionam enquanto modelos de motivação e aprendizagem através de experiências motivacionais usando métodos de design de jogos, incluindo o poder persuasivo do jogo (Mcdougall, 2018). Trata-se, no fundo, do uso de elementos de jogo para melhorar o desempenho académico – através da modelação de atitudes, comportamentos e resultados de aprendizagem (Van Gaalen at al., 2020). A gamificação é uma estratégia em que os elementos que constituem, habitualmente, um jogo convencional, como a existência de regras de jogo, barras de conclusão de etapas, tabela de classificações, o seu próprio caráter lúdico, são utilizados em contextos não convencionais, no âmbito do setor educacional (Sarker et al., 2021; Woolwine et al., 2019).

A abordagem tátil, entre outras características, que a gamificação oferece é vantajosa e uma alternativa concreta ao método expositivo (Davis, 2021). Ou seja, a gamificação é a utilização de estruturas, mecanismos, presentes em jogos (incluem jogos de entretenimento, sérios e simulações) de forma a criar um processo gamificado de ensino (Dantas et al., 2022).

Uma outra definição contempla a gamificação como uma metodologia de ensino aprendizagem inovadora e desafiadora para os supervisores, o que contrasta com os tradicionais modelos expositivos em sala de aula (Davis, 2021; Fijacko et al, 2020). A magia da gamificação passa por tentar antever a forma como se vai conseguir envolver as pessoas, o grupo, no jogo proposto sendo que este aspeto é um desafio difícil. A título de exemplo, um conteúdo educacional inadequado é condenado a proporcionar uma experiência dececionante (Mcdougall, 2018).

Estes fatores fazem refletir sobre o impacto do uso da gamificação em todos os setores, nomeadamente no educacional. A este respeito, são vários os estudos que relatam um efeito benéfico na relação entre o uso da gamificação e a retenção de conhecimento, satisfação e motivação (Malicki et al, 2020; Sarker et al., 2021; Woolwine et al., 2019). Existe uma clara escassez de estudos que relacionam a gamificação à supervisão de pares quando comparada com a relação entre a gamificação e a supervisão de estudantes. Por por esse motivo, apresentam-se alguns resultados de estudos que descrevem os benefícios da gamificação na supervisão de estudantes o que, de certa forma, permite inferir sobre a extrapolação dos benefícios da sua utilização no contexto da população em estudo, supervisão de pares. A título de exemplo, Davidson & Candy (2016) descreveram a implementação de um curso baseado em jogos e os seus impactos em estudantes de enfermagem no que diz respeito à satisfação, empenho e aprendizagem, já Garnett e Button (2018) descreveram a relação existente entre a pontuação obtida em jogos com a motivação expressa segundo as características dos utilizadores. O'Neill et al. (2018) demonstraram a importância dos jogos lúdicos para melhorar o conhecimento dos profissionais de enfermagem enquanto, simultaneamente, melhoravam a destreza do uso das novas tecnologias e Roche et al. (2018) descreveram o envolvimento dos estudantes de enfermagem nas metodologias lúdicas de aprendizagem, relacionando-as com a retenção de conhecimento subjacentes. O uso da tecnologia e a difusão da internet vieram incrementar e potenciar e facilitar o uso da gamificação com extrapolação do seu uso para configurações tradicionalmente não associadas a jogos, por exemplo simulações, sistemas de respostas a questões, entre outros (Sarker et al., 2021).

Assume-se que que a gamificação tem, genericamente, implicações diretas no que diz respeito à motivação e envolvimento dos implicados e indiretas que contempla o aumento do conhecimento através de estratégias de aprendizagem auditivas, visuais e cinestésicas (Woolwine et al., 2019). De acordo com o previamente exposto, podemos considerar que a gamificação pode ser aplicada a diversas áreas do conhecimento. As mais comuns incluem a educação, o entretenimento, a saúde, os negócios e a publicidade (Muangsrinoon & Boonbrahm, 2019).

Simplificando, a gamificação implica a utilização de estruturas de jogo em situações que não seja o de jogar propriamente, de forma a promover a adesão, envolvimento, motivação e atenção dos utilizadores que, segundo os especialistas, não dura, em média, mais de sete minutos (Davis, 2021; Dantas et al., 2022). O termo da gamificação está estritamente associado ao conceito de

jogo e, por isso, é importante distinguir a gamificação de jogo e, mais concretamente, de jogo sério.

Quando falamos em jogos, referimo-nos a jogos sérios, de entretenimento e simulações (Dantas et al., 2022). No jogo de entretenimento o foco incide sobre a diversão e não sobre a aprendizagem, na simulação procura-se a imitação da vida real com a maior fidelização possível, no caso do jogos sério, como o que se apresenta nesta investigação, o foco recai sobre a transmissão de conhecimentos e criação/aperfeiçoamento de novas habilidades nos utilizadores (Dantas, 2022).

Na área educacional, onde se pode incluir o ensino de enfermagem e, consequentemente a SCE, os jogos sérios têm como principal objetivo o atingimento de objetivos específicos como por exemplo, treinos educacionais ou ações de promoção da saúde e podem ser usados em variados contextos como salas de aula, contextos de saúde e contextos laborais. Dada esta pluridimensionalidade, os jogos sérios conseguem, nestes vários contextos, envolver os jogadores de uma maneira agradável e nas condições ideias que permitam alcançar os resultados pretendidos de aprendizagem ou de mudança de comportamento (Damaševiˇcius et al., 2023). Pode afirmar-se, de acordo com estudos recentes, que existe uma relação entre a teoria da autodeterminação e os elementos de um jogo sério no desenvolvimento de características como a competência, a autonomia e a capacidade de relacionamento (Muangsrinoon & Boonbrahm, 2019).

A gamificação é entendida como uma forma eficaz de ensinar e, por isso, o uso de jogos sérios pode e deve fazer parte do ensino aprendizagem podendo ser, inclusive, entendida como estratégia supervisiva que se enquadra na metodologia de aprendizagem ativa composta por envolvimento, estimulação, realismo e entretenimento (Davis, 2021). Neste sentido a gamificação direciona os jogos a encontros educacionais projetados para aprendizagens adicionais (Mcdougall, 2018).

Para uma melhor destrinça entre os conceitos que ainda se imiscuem apesar de terem definições diferentes, a figura 1 apresenta, de forma esquemática, a relação que existe entre gamificação e os diferentes tipos de jogo. Segundo Dantas et al. (2022) os jogos (entretenimento, sério e simulação) apresentam estruturas semelhantes e comuns entre si, contudo, no caso da gamificação, a semelhança incide mais sobre os jogos sérios. No caso dos jogos sérios, cuja finalidade é educacional, além de serem constituídos pela gamificação, apresentam, igualmente, componentes de entretenimento e até de simulação.

Figura 1 - Relação entre gamificação e os diferentes tipos de jogos

Fonte: Dantas et al., 2022

A literatura consultada evidencia alguns exemplos de estratégias gamificadas usadas na supervisão de estudantes de enfermagem e respetivos elementos de jogo incorporados. Estão referenciados, na literatura, jogos digitais baseados em sistemas de perguntas aleatórias, com elementos que integram recompensas, sistemas de pontuação, feedback (Mitchell et al., 2021; Maheu-Cadotte et al., 2023), jogos de tabuleiro (Silva et al., 2023) bem como jogos de simulação e respetivas métricas que ficam armazenados no jogo: número de jogadas, pontuações médias e tempos médios de jogo (Koivisto et al., 2023). Para que sejam cumpridos os requisitos da gamificação no ensino, e nomeadamente no ensino da enfermagem, estes elementos de jogo devem promover a motivação, a participação e o envolvimento dos utilizadores. Assim, é expectável que os recursos gamificados, à semelhança do jogo tradicional, apresentem regras de utilização bem como formas de validar os conhecimentos e/ou competências (Garett & Young, 2018). A gamificação utilizada nesses recursos pode utilizar avatares (simulação de intervenções); níveis de dificuldade; desafios (tipo quiz) e limitação temporal de resposta através da pressão do tempo pré-definida. Por outro lado, a forma de validar os conhecimentos e/ou competências pode implicar a emissão de certificados, elogios, tabelas de classificação/sistema de pontos e feedback (Garett & Young, 2018). O recurso gamificado deve implicar, contudo, mais do que uma coleta de dados, ou de pontos. Embora as recompensas possam ser importantes, elas devem servir para ampliar outros elementos de design de jogo como a interação ou a jogabilidade direcionada a um propósito de jogo (Garett & Young, 2018).

Naturalmente existem vantagens e desvantagens deste tipo de estratégia – o jogo sério. Como fator facilitador da sua utilização destaca-se o envolvimento e a motivação que é promovida durante a utilização. Apela também à participação e promove a consolidação e conhecimentos e de competências. Como fatores negativos há a realçar o facto da estratégia gamificada, se não for devidamente adequada ao contexto, poder demonstrar-se inapropriada e, consequentemente, ser ineficaz por não conseguir atingir os objetivos para os quais estava prevista (Mcdougall, 2018; Fijacko et al., 2020).

1.2.1. Jogos de tabuleiro

Um jogo de tabuleiro é um jogo com um determinado número de regras pré-definidas que limitam as possibilidades ou obstaculizam o acesso à vitória. Requer, adicionalmente, a existência de um meio físico (um tabuleiro, cartas, dados, entre outros) e é, obrigatoriamente, jogado por dois ou mais jogadores (Mercier & Lubart, 2021). Os jogos de tabuleiros são encarados, por muitos autores, como verdadeiras ferramentas de aprendizagem. Isto deve-se ao facto de permitirem a envolvência das pessoas, dos jogadores, na própria aprendizagem que se pretende desenvolver. São, por isso, considerados como facilitadores da aprendizagem por vários motivos, a reter: (1) requer concentração; (2) o ambiente é propício à aceitação de novas ideias; (3) permite "aprender fazendo"; (4) motivação através da competitividade face às regras do jogo; (5) tempos de inatividade promovem a reflexão e a discussão entre os jogadores e (6) esses mesmos tempos são propícios para que, eventualmente o moderador, possa conduzir o desenrolar do jogo de forma ainda mais facilitadora para a aprendizagem efetiva dos jogadores utilizando uma técnica de supervisão - o feedback (Simpson & Midgley, 2023). A interação que este tipo de jogo proporciona tem impactos positivos na aprendizagem e na confiança dos envolvidos através das dinâmicas de trabalho em equipa e de integração social. É importante destacar a importância destes jogos na sua vertente de reprodução ilimitada bem como na possibilidade de revisitar os seus conteúdos sempre que necessário como uma autêntica ferramenta de suporte (Simpson & Midgley, 2023).

Resumidamente, os jogos de tabuleiro podem ser importantes ferramentas para potenciar a capacidade de pensamento divergente embora os estudos sobre o desenvolvimento de capacidades cognitivas através da utilização de jogos de tabuleiro são escassos (Martinez et al., 2023; Mercier & Lubart, 2021;). O jogo de tabuleiro, cada vez menos selecionado do que quando comparado com os jogos digitais, tem, como vimos, características estruturais que o definem e enquadram em metodologias muito específicas de jogo no âmbito da gamificação (Martinez et al., 2023). Não é só o ambiente físico que o distancia do jogo digital. Aparentemente podemos considerar que será apenas o meio de acesso ao jogo que o diferencia, contudo, existem outras diferenças importantes a ressalvar e que permitem justificar a sua escolha para o protótipo a desenvolver. Uma, e das mais importantes, já referida informalmente, é o facto de permitir um jogo grupal e não individual como é o caso do jogo digital. O jogador joga para si no confronto com o outro e as suas ideias. Claro que o jogo digital também pode promover interações remotas, contudo, o jogo de tabuleiro tem a particularidade de implicar interações sociais e físicas entre os jogadores (Martinez et al., 2023; Simpson & Midgley, 2023). Os jogos digitais apresentam dinâmicas em tempo real e permitem habilidades de adaptação estratégica. Ao invés, o jogo de tabuleiro é definido por estar condicionada pela exigência da interação social. O grupo é quem determina o rumo do jogo e isso implica o treino de competências de adaptação das estratégias individuais, de forma a antecipar e a alterar a dinâmica do jogo (Martinez et al., 2023).

Os jogos de tabuleiro aparentemente, e de acordo com o exposto, parecem interferir nas habilidades cognitivas de uma forma diferente quando comparados aos jogos digitais. É defendido que os jogos de tabuleiros, assim como os de cartas, tendem a ser mais apropriados para a aquisição de conhecimento que poderão ter, posteriormente, implicações na área prática. Os primeiros parecem melhorar a fluidez de raciocínio, a verbalização, o desempenho social, a memorização ou a correspondência de conceitos; já os segundos melhoram a atenção visual e espacial, memória de trabalho e flexibilidade mental (Jaffe, 2011, Martinez et al., 2023). Resumidamente, pode concluir-se que os jogos digitais parecem ter um potencial maior para aprimorar as capacidades cognitivas gerais ao envolverem processos com diferentes e diversos tipos de informações que requerem estratégias dinâmicas em tempo real. Por outro lado, as características do jogo de tabuleiro parecem indiciar outros propósitos sendo a sua avaliação de impacto mais dificultadora tendo em conta que se está a avaliar um grupo e não uma pessoa assim como um jogo que depende do grupo e não as intervenções e decisões de uma pessoa só face aos desafios propostos pelo jogo digital. No caso dos jogos de tabuleiro, até o tempo de

duração de jogo pode ter diferentes leituras e indiciar diferentes ilações. Aparentemente pessoas com maior capacidade cognitiva permitem que o jogo se estenda por mais tempo, contudo, outros estudos que tenham em consideração as diferenças individuais dos jogadores e os seus tempos de jogo poderão esclarecer mais sobre o desenvolvimento das capacidades cognitivas nos jogos de tabuleiro (Martinez et al., 2023).

Comparativamente com metodologias tradicionais de ensino – metodologia expositiva – a metodologias de gamificação, nomeadamente jogos de tabuleiro, mostraram-se frutíferas na aquisição e mobilização de conhecimentos. No caso de um estudo recente, estudantes de enfermagem apresentam melhores resultados em prova teórica de farmacologia após terem sido sujeitos a estas duas modalidades de aprendizagem teórica o que reitera a importância de se desenvolverem mais estudos na área (Chang et al., 2022).

É importante destacar, a título conclusivo, que os jogos, em especial os de tabuleiro, prestam-se a serem excelentes instrumentos não só de aquisição de novos conhecimentos, ou de mobilização, bem como para rever factos, reforçar ou testar conhecimentos ao mesmo tempo que se promove a sua aplicação na prática clínica. Podem, adicionalmente, servir para abordar tópicos que envolvem um conhecimento primário, como é o caso desta investigação sobre a gamificação na SCE na ótica do supervisor como utilizador do recurso gamificado (Jaffe, 2011).

Apesar dos avanços tecnológicos parecerem priorizar os jogos digitais existem, contudo, referências a jogos de tabuleiro utilizados na área da saúde com benefícios comprovados nesta área, nomeadamente de enfermagem, quando aplicados a enfermeiros bem como a cuidadores. Por exemplo, Olympio et Alvim (2017) apresentam um jogo de tabuleiro desenvolvido para a gerontologia com o objetivo de desenvolver um envelhecimento ativo e saudável. De forma mais concreta, o objetivo é avaliar os conhecimentos e práticas dos idosos sobre o processo do envelhecimento de forma a manter a capacidade funcional, proporcionar interação social, estimulação cognitiva e motora. O objetivo do jogo é realizar um percurso previamente traçado no tabuleiro, através de peões e dados, onde o idoso avança e recua conforme as indicações das casas que ocupam.

Chang et al. (2022) desenvolveram um estudo comparativo entre estudantes sujeitos à aplicação de um jogo de tabuleiro sobre farmacologia e entre estudantes sujeitos a uma palestra sobre o mesmo tema. De acordo com este estudo, a aprendizagem através do jogo de tabuleiro demonstrou-se mais eficaz ao nível da retenção de conhecimentos avaliada por testes pré e pós

intervenção nos dois grupos de estudantes (sujeitos à aplicação do jogo e sujeitos à palestra teórica).

Por fim, num outro exemplo, Gibson et Douglas (2013) desenvolveram um jogo de tabuleiro direcionado para enfermeiros da prática clínica, mais especificamente para os que trabalham em cuidados intensivos, de forma a permitir o desenvolvimento da tomada de decisão crítica face a um determinado cenário clínico, apresentado em cada casa do tabuleiro, de acordo com as imposições as regras impostas pela jogada da equipa adversária. É um jogo à semelhança do Monopólio ou do Trivial Pursuit em que, ao invés de jogadores individuais, contempla a formação de equipas, de forma a permitir que mais elementos de uma equipa por exemplo, possa jogar em simultâneo, o que se configura num benefício pela diminuição do constrangimento associado a uma resposta isolada e permite o crescimento em grupo, a partilha de conhecimento e aprendizagem coletiva.

1.2.2. Jogos sérios e gamificação em Enfermagem

No ensino de enfermagem, o método de ensino expositivo é, ainda, o mais prevalente pela sua simplicidade e acessibilidade financeira, contudo, não podem ser desconsiderados os benefícios atualmente conhecidos referentes ao uso da gamificação neste contexto de ensino-aprendizagem. A gamificação, em contraste, pode ser mais dispendiosa (requer aquisição de equipamentos educacionais/simulação mais recentes), estar dependente das características dos docentes, nomeadamente o entusiasmo pela inovação, a idade, os conhecimentos informáticos que apresentam, entre outros e dependentes do desenvolvimento tecnológico em geral (Fijacko et al., 2020).

São também já conhecidas as suas implicações na área profissional o que implica o uso da gamificação em enfermeiros da prática assistencial; sabemos que os deveres e normas dos profissionais que trabalham na saúde cruzam a fronteira entre a área profissional e a de lazer. Apesar dos apelos por equilíbrio entre a área profissional e a de lazer (que implica toda a vivência extra a área profissional), a noção de jogo é rotineiramente posto entre parêntesis, fora da esfera

do âmbito profissional porque se continua a associar que o jogo se refere à trivialidade e que oferece acesso a experiências inúteis. Contudo, o jogo está longe de ser trivial. Em vez disso, ele oferece-nos a oportunidade de manipular algo apele à concentração, desafiando habilidades e a expressão de emoções de uma forma pedagógica (Mcdougall, 2018).

Os jogos sérios têm como principal objetivo o atingimento de objetivos específicos como por exemplo, treinos educacionais ou ações de promoção da saúde e podem ser usados em variados contextos como salas de aula, contextos de saúde e contextos laborais. Dada esta pluridimensionalidade, os jogos sérios conseguem, nestes vários contextos, envolver os jogadores de uma maneira agradável e nas condições ideias que permitam alcançar os resultados pretendidos de aprendizagem ou de mudança de comportamento (Damaševiˇcius et al., 2023).

Há referências na literatura consultada a vários tipos de jogos, utlizados no ensino da enfermagem com os mais variados propósitos do ponto de visto educacional e abordando várias temáticas. Há registo de jogos digitais utilizados com estudantes de enfermagem com diferente tipo de objetivos: desenvolver raciocínio clínico e as competências de tomada de decisão (Johnsen et al, 2016); aprender e avaliar os riscos ambientais e a segurança (Volejnikova-Wenger et al., 2021); desenvolver competências em suporte básico de vida (Demiray et Keskin Kiziltepe, 2021); melhorar os conhecimentos, competências, satisfação e níveis de auto-confiança na formação em reanimação neonatal baseada num método de simulação (Sarvan et Efe, 2022); desenvolver e contribuir o raciocínio clínico na insuficiência cardíaca aguda (Maheu-Cadotte at al., 2023); desenvolver, numa metodologia de jogo sério de realidade virtual, competências na formação em preparação e administração em medicamentos num método (Girão et al., 2023); desenvolver o desempenho em habilidades de raciocínio clínico em diferentes cenários em jogos de simulação (Koivisto et al., 2023); desenvolver, através de um jogo de tabuleiro, o conhecimentos sobre teorias de enfermagem (Silva et al., 2023).

1.3. Gamificação em Supervisão Clínica de Enfermagem

Os estudos que interligam a gamificação à SCE são escassos, contudo, existem evidências do seu uso tanto a nível académico, com estudantes, como em ambiente da prática clínica, com os pares, embora estes últimos com uma escassez mais evidente (Woolwine et al., 2019).

A título de exemplo, cabe referir que um estudo de Castro e Gonçalves, datado de 2018, relacionou a implementação da gamificação num curso de informática em saúde em alunos de enfermagem. Trata-se de um curso onde os contextos clínicos são completamente virtuais sendo que os alunos deveriam completar estudos de caso, responder a questões de escolha múltipla, participar em fóruns e usar ferramentas de jogo, como palavras cruzadas. Os alunos receberam, após a sua performance, um feedback e estavam autorizados a repetir a prova caso não a conseguissem ultrapassar à primeira tentativa. Existiam, adicionalmente, barras de progresso e sistema de classificação para que os estudantes conseguissem acompanhar os seus resultados a nível da avaliação global. A avaliação final denotou que os estudantes classificaram o curso como produtivo, divertido e capaz de manter o interesse sobre as matérias estudadas. Outro estudo, de Mawhirter e Garofalo (2016) investigou o uso de jogos gamificados, nomeadamente, cenários de simulação, como estratégia de ensino de estudantes de enfermagem. Nestes cenários eram utilizados manequins de alta fidelidade e com foco na segurança da prática de cuidados. Além de ter sido uma experiência enriquecedora, os estudantes referiram, adicionalmente, que foi, também, envolvente e indutora da redução do medo face à prática assistencial. O ambiente seguro de uma simulação permite reproduzir a assistência ao doente sem os potenciais riscos associados e consequências negativas associadas à prática contextual de ensino clínico (Fijacko et al, 2020). Roche et al. (2018) implementou a gamificação num curso de licenciatura em enfermagem de forma a avaliar a integração de conhecimentos dos estudantes em diferentes temáticas. A abordagem utilizada incorporou elementos de gamificação como a competição, feedback e tabelas de classificação. Os estudantes sujeitos a este tipo de abordagem tiveram um aumento estatisticamente significativo na retenção de conhecimento e melhoria das notas finais.

Do ponto de vista da utilização da gamificação em pares, embora os exemplos sejam mais escassos, há estudos que relacionam os dois conceitos: supervisão de pares e gamificação. Em ambiente hospitalar, a gamificação foi utilizada para melhorar a redução das infeções associadas à manipulação do trato urinário (O´Neill et al., 2018). Neste estudo foi desenvolvida uma plataforma de tecnologia móvel utilizando técnicas de feedback, pontos e prémios. Adicionalmente os enfermeiros também utilizavam a plataforma para acessar módulos de revisão de teoria, participar de fóruns de discussão e para realizar testes. Este recurso gamificado foi importante para fortalecer o conhecimento dos enfermeiros e o envolvimento da equipa como um todo. Outro estudo em contexto hospitalar determinou o resultado do uso da gamificação no aumento da retenção de novos conhecimentos por parte dos enfermeiros. Neste caso foram comparadas três diferentes metodologias de ensino, nomeadamente metodologias didáticas, módulos online e gamificação (Brull et al., 2017). Os vários grupos de enfermeiros foram sujeitos a testes de avaliação pré e pós intervenção. Genericamente todos os enfermeiros obtiveram melhor classificação no teste pós-intervenção embora os enfermeiros sujeitos a intervenção gamificada obtiveram uma pontuação significativamente mais alta no pós-intervenção do que quando comparados com os outros grupos.

Este tipo de estudos reforça que a gamificação implica a obtenção de resultados positivos, quer a nível da sua utilização em estudantes e em pares, sendo que fatores como satisfação, envolvimento e maior nível de retenção são descritos como vantagens dos recursos gamificados (Woolwine et al., 2019).

De facto, e tendo em conta a literatura consultada, pode dizer-se que a gamificação como estratégia de SCE é mais evidente quando retratada e associada à supervisão de estudantes do que quando associada a supervisão de pares. Ainda assim, entende-se que os benefícios conhecidos da gamificação na supervisão de estudantes poderão ser extrapolados, pela sua transversalidade, para a supervisão de pares, contexto onde se pretende desenvolver o recurso gamificado proposto.

Genericamente é descrito que a gamificação é uma estratégia que aplica os elementos do jogo a conteúdos académicos e promove um maior envolvimento e motivação por parte do estudante (Woolwine et al., 2019). A gamificação proporciona, no caso dos estudantes de enfermagem, um ambiente no qual seja possível praticar o raciocínio clínico e a tomada de decisão de forma realista e segura. Se isto é válido e confirmadamente benéfico, será necessariamente expectável que possamos esta ideia quando falamos dos efeitos da gamificação como fator de promoção

do desenvolvimento do juízo crítico dos enfermeiros, que não sendo supervisores clínicos, exercem funções de supervisão clínica junto de pares (García-Viola et al., 2019).

Existe, contudo, uma limitação no que diz respeito à literatura disponível sobre a gamificação associada à SCE na perspetiva do enfermeiro supervisor. Ou seja, existe evidência dos benefícios da gamificação (física e/ou eletrónica) quando esta incide sobre estudantes ou profissionais recém-licenciados, como os exemplos anteriormente descritos, contudo, serão todos os elementos supervisores adequadamente instruídos para permitirem uma integração compatível com as exigências de um determinado local de trabalho? Será que detêm e mobilizam adequadamente todos os conhecimentos teóricos subjacentes à área para que possam ser profissionalmente significativos para futuros ou recém-licenciados em Enfermagem (Mackay & Jans, 2022)? Importa salientar, a este respeito, a inexistência de estudos de investigação que recaiam sobre a aplicabilidade da gamificação enquanto estratégia de desenvolvimento de competências dos enfermeiros que, sendo ou não sendo supervisores clínicos com formação específica na área, estão responsáveis pela integração de pares no contexto da prática clínica.

2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Este trabalho de investigação segue as etapas do desenvolvimento de um protótipo gamificado, neste caso alusivo à supervisão de pares e desenvolvido para enfermeiros supervisores. Este capítulo descreve a metodologia utilizada e que se encontra sintetizada na figura 2, de acordo com as seguintes fases:

- Fase 1 – Conteúdo do Jogo: revisão da literatura e estudo Delphi;
- Fase 2 – Desenho do jogo e teste do Jogo: construção e aplicação do jogo.

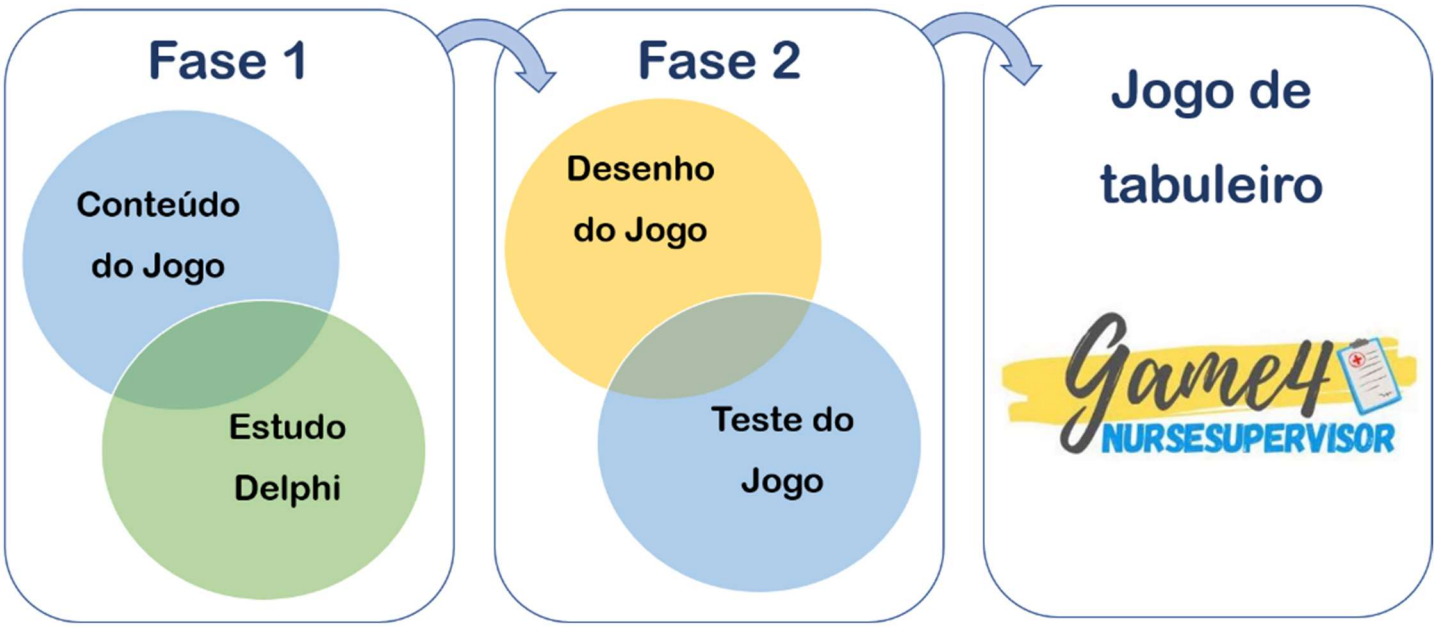

Figura 2 – Desenho do estudo

De acordo com a problemática identificada e após a descrição da metodologia a seguir, descrevem-se, em seguida, os objetivos (geral e específicos) ilustrados no quadro 1:

OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	
GERAL	- Desenvolver um protótipo de um recurso gamificado que promova o conhecimento sobre Supervisão Clínica em Enfermagem
ESPECÍFICOS	1 - Reunir os conteúdos de Supervisão Clínica em Enfermagem a integrar no constructo do recurso gamificado (Fase 1); 2 - Validar os conteúdos de Supervisão Clínica em Enfermagem a integrar no constructo do recurso gamificado através de um estudo Delphi (Fase 1); 3 - Construir o protótipo do recurso gamificado (Fase 2); 4 - Testar e avaliar o protótipo do recurso gamificado que facilite a reflexão sobre os constructos teóricos da Supervisão Clínica em Enfermagem (Fase2).

Quadro 1 – Objetivo Geral e Específicos da investigação

2.1. **Fase 1 – Conteúdo do jogo**

A determinação de um problema é a chave, o ponto de partida, para o estabelecimento do(s) objetivo(s) do jogo (Jaffe, 2011). No caso presente, o problema relaciona-se com as práticas supervisivas observadas num determinado contexto hospitalar e que dizem respeito à supervisão de pares por enfermeiros com experiência profissional, mas sem formação em supervisão clínica (supervisor) relativamente a enfermeiros maioritariamente recém-licenciados ou com pouca experiência clínica (supervisado). Neste sentido, identificaram-se algumas lacunas que comprometem o processo supervisivo. Tratam-se de lacunas que incluem a notória falta de processo formal que oriente a supervisão em questão, a abordagem desadequada do enfermeiro supervisor face às situações problemáticas (causadoras de constrangimento do supervisado quando confrontado com um erro perante toda a equipa clínica), a ausência de objetivos e de estratégias supervisivas, a presença de um processo essencialmente de imitação do supervisado face ao supervisor, entre outras situações que emergiram da observação da prática clínica.

Entendeu-se, a este respeito, que a ausência do conhecimento formal por parte do enfermeiro supervisor sobre a temática é indutor de um desadequado processo supervisivo e que, eventualmente, um conhecimento mais aprofundado sobre algumas temáticas poderá beneficiar esta relação bem como o seu conteúdo. Ou seja, resumidamente, na presente investigação, o aumento das necessidades de supervisão de pares (enfermeiros recém-licenciados) por enfermeiros com experiência profissional, mas sem formação em SCE, foi o mote para desenvolver um protótipo de um recurso gamificado que promova o conhecimento teórico sobre SCE.

Após a identificação do problema que clarificou a pertinência da investigação, seguiu-se uma pesquisa sobre o conteúdo a integrar no jogo. Inicialmente realizou-se uma revisão da literatura sendo que, dada a escassez de estudos na matéria, posteriormente se optou por pesquisar os conteúdos programáticos, previstos no Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, dos vários planos de estudo das formações organizadas pelas Escolas Superiores de Enfermagem sobre SCE – Pós-Graduação e Mestrados (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Esta pesquisa permitiu condensar informação relevante sobre os tópicos estruturais e comuns aos vários planos de estudo, diretamente e exclusivamente relacionados com a SCE. Concomitantemente foi realizada uma revisão da Literatura para pesquisar a existência de recursos gamificados adaptados à supervisão de pares na ótica do enfermeiro supervisor como utilizador para os quais também não obtivemos resultados.

Depois de agrupados os conteúdos da SCE organizaram-se os tópicos chave que sustentam a teoria da SCE de forma a equacionar as questões propostas para serem integradas no recurso gamificado. Após esta fase, era necessário avaliar a pertinência de cada uma das questões para ser integrada no jogo. Para esse efeito desenvolveu-se um estudo Delphi.

Metodologia Delphi

A metodologia escolhida para a presente investigação é a metodologia e-Delphi modificada, contudo, será designada, doravante por metodologia Delphi. A plataforma informática *Google Forms* foi a selecionada para recolha de dados.

Para encontrarmos os primeiros trabalhos de investigação com recurso à técnica de Delphi é preciso remontar até à década dos anos 50. Foi pelas mãos de Norman Dalkey e Olaf Helmer que a metodologia Delphi foi adotada num estudo de investigação onde se pretendia obter um

consenso relativamente a uma temática (Barrett & Heale, 2020). Ao longo dos séculos, em particular desde os anos 50, esta técnica rapidamente se difundiu a muitas áreas, nomeadamente no marketing, educação, sistemas de informação, engenharia e na saúde onde a enfermagem também está incluída, no sentido de estabelecer diretrizes e os componentes chave de uma determinada intervenção (Barrett & Heale, 2020; Trevelyan & Robinson, 2015). Existem 5 características fundamentais do um qualquer estudo Delphi, a saber: anonimato, interação, feedback controlado, agregação estatística de resposta do grupo e possibilidade de repetir múltiplas vezes o questionário (Niederberger & Spranger, 2020; Shang, 2023).

A técnica de Delphi, associada à área da Saúde, pode ser definida como um procedimento onde constam perguntas dirigidas a um painel de especialistas, os peritos, a fim de identificar o estado atual do conhecimento face a um tema em particular; resolver julgamentos controversos; conhecer a opinião acerca de um tema pouco conhecido ou conhecimento incompleto; pouco concordante ou com falta de evidência e para o qual se pretende obter um determinado conhecimento (Barrett & Heale, 2020; Niederberger & Spranger, 2020; Shang, 2023; Trevelyan & Robinson, 2015). As perguntas dirigidas a um determinado painel de peritos/especialistas adotam, na maioria das vezes, o formato de questionários com várias metodologias de aplicação (Rocha-Filho et al., 2019). O formato mais tradicional implica a troca de cartas onde constam os formulários, também há a hipótese de serem aplicados em formato presencial e, mais recentemente, em formato digital graças ao desenvolvimento da internet e das várias tecnologias da informação (Rocha-Filho et al., 2019). Estes últimos, onde se integra o método Delphi desenvolvido na presente investigação, é conhecido por método e-Delphi fazendo a alusão ao formato eletrónico onde se desenvolve todo o método (Rocha-Filho et al., 2019).

A ideia desta metodologia, genericamente, é a repetição de rondas (onde se incluem os questionários), resumindo e apresentando as respostas coletivas, de forma a afunilar, cada vez mais, a hipótese de resposta como forma de alcançar um determinado consenso (Shang, 2023). As novas perguntas de cada ronda são baseadas, em parte, nas conclusões da rodada anterior o que permite a evolução da investigação ao longo do tempo em resposta a descobertas anteriores (Barrett & Heale, 2020).

Vantagens e desvantagens da metodologia Delphi

A principal vantagem da metodologia Delphi é o seu carácter flexível uma vez que permite agregar as várias opiniões dos especialistas (Barrett & Heale, 2020). Por outro lado, a possibilidade dos participantes, especialistas, poderem reconsiderar as suas opiniões é, igualmente, um ponto positivo e a destacar nesta metodologia embora este fator possa ser dúbio e com dupla valência como vantagem e desvantagem como veremos mais adiante (Barrett & Heale, 2020). A este fator acrescenta a hipótese de criar reflexão em falta noutro tipo de investigação como os grupos focais ou entrevistas (Barrett & Heale, 2020). O próprio anonimato é também um ponto positivo na medida em que promove a honestidade entre os participantes por reduzir visões dominantes com eventual crédito extra, de especialistas de alto perfil (Barrett & Heale, 2020).

Como desvantagens podemos incluir, por si só, a natureza dos estudos Delphi que implicam processos complexos e demorados (Barrett & Heale, 2020). A necessidade de existirem várias rondas acarreta uma enorme desvantagem que se relaciona com a taxa de desistência dos participantes que causam impacto na validade da investigação (Barrett & Heale, 2020). Como já referimos no anterior parágrafo, a hipótese dos participantes puderem alterar as suas opiniões em qualquer momento da investigação, pode ser considerado como positivo na medida em que é flexível contudo também é analisado como uma desvantagem na medida em que pode produzir um viés, com os participantes a alterarem as suas respostas de forma a ir de encontro e de acordo com o que a maioria refere e que fica explícito nos resumos das rondas prévias (Barrett & Heale, 2020).

Se atentarmos ao método e-Delphi modificado, o facto de não ter um formato presencial é da máxima importância pela rentabilização de tempo para ambas as partes, por outro lado, e face aos encontros presenciais com eventuais deslocações geográficas, esta metodologia e-Delphi há uma maior viabilidade económica com diminuição de custos de envios de cartas e/ou deslocações dos peritos e do investigador. Outras vantagens incluem a possibilidade de incluir peritos de diferentes e distantes áreas geográficas sendo que o formato não presencial promove a diminuição do viés que pode ser provocado pela presença em grupo dos peritos. É, finalmente, uma metodologia com uma abordagem mais rápida no que diz respeito ao intervalo temporal em que decorre a investigação. Como pontos negativos podemos considerar que problemas informáticos podem invalidar a receção do questionário pelos peritos, há necessariamente um viés relacionado com a escolha amostral, sendo que, acessoriamente é mais difícil selecionar os

peritos com conhecimento sobre uma determinada temática (a não ser que os conheçamos pessoalmente). O facto de outras pessoas que não os peritos, terem acesso ao email é uma outra contrapartida desta metodologia (Rocha-Filho et al., 2019).

Definição do painel de Peritos

Nesta investigação selecionaram-se os peritos de acordo com uma amostra por conveniência, não probabilística, nomeadamente em bola de neve. O acesso aos participantes foi realizado por email através da plataforma *Google Forms* e os critérios de inclusão dos peritos incluíam a obrigatoriedade de ter, no mínimo, 2 anos de experiência em SCE, bem como formação, ou seja, tinham que ser formadores ou que produzissem conhecimento através de investigação realizada no contexto da SCE. Assim, definiu-se um painel constituído por 59 peritos em SCE.

A metodologia de Delphi utiliza uma amostragem não probabilística no recrutamento dos participantes, como a que neste estudo foi utilizada, habitualmente designados, neste contexto de investigação, como peritos (Trevelyan & Robinson, 2015). Uma vez que é necessário garantir a expertise do campo de investigação, os participantes, designados por peritos, não podem ser selecionados aleatoriamente (Shang, 2023). A amostragem definida visa a identificação de pessoas representativas do campo em estudo, naturalmente que este facto representa um viés no processo de recrutamento já que os participantes mais interessados no tema serão aqueles que, provavelmente, estarão mais envolvidos nas hipotéticas rondas que serão necessárias (Shang, 2023). Não há uma definição rigorosa de especialista ou perito e não há, atualmente, padrões sobre como selecionar um membro de um painel de peritos (Shang, 2023). Ainda que este termo – perito - possa ser controverso, está aliado a um "indivíduo informado" com experiência e conhecimento sobre um assunto específico, interesse em colaborar na investigação, com disponibilidade e habilidades de comunicação além de detentores de publicações científicas (Shang, 2023; Trevelyan & Robinson, 2015). Assim, cabe aos investigadores, com base nestes critérios apresentados e que caracterizam um perito, manter um equilíbrio entre os vários pontos e as características de cada indivíduo para selecionar o painel pretendido (Shang, 2023). Se por um lado uma definição muito rigorosa poderia diminuir a quantidade potencial de participantes, uma ausência de definição pode afetar a viabilidade e validade do estudo Delphi (Shang, 2023).

Outra questão relacionada com o painel de peritos diz respeito ao número de peritos que devem ser convidados a participar no estudo. Os estudos referem que podem variar entre menos de uma dezena e milhares sendo que é aceitável que eles possam formar um grupo que ronde os 8 a 23 elementos (Shang, 2023). No caso deste estudo, a amostragem dos participantes ocorreu pela técnica de Bola de Neve na medida em que alguns dos participantes disponibilizaram contactos de outros eventuais peritos.

Obtenção do Consenso

Os estudos Delphi são, muitas vezes, criticados por falta de clareza sobre o que se entende por consenso. Mesmo validando a flexibilidade e a reflexibilidade que esta metodologia preconiza, é improvável que um grupo de especialistas obtenha 100% de concordância nas questões apresentadas (Barrett & Heale, 2020). Contudo, o consenso é imprescindível quando se utiliza a metodologia Delphi, é um requisito da investigação sendo que há uma necessidade de julgar sobre quando este ponto é alcançado (Barrett & Heale, 2020). Sugere-se que o consenso apresente valores que oscilam entre os 51% e os 100%, não há consistência sobre o valor exato sendo que, adicionalmente, existem áreas, como é o caso da enfermagem onde o consenso não é pré-definido como parte do método da investigação (Barrett & Heale, 2020). Um estudo datado de 2014, apresenta várias definições de consenso, sendo que as mais relevantes definem-no como: medida formal de acordo; medida de tendência central; percentagem de acordo; proporção dentro de um intervalo; diminuição da variância; classificação ou estabilidade (Shang, 2023). A este respeito, adianta este mesmo autor que a maioria dos estudos Delphi avaliados, estabeleceram um consenso dentro dos limites pré-definidos (51% - 100%) obtendo-se valores que oscilam entre os 70% e os 80% (Diamond et al., 2014; Shang, 2023). Pela sua natureza, por tratar dados qualitativos, é ainda mais difícil decretar, à partida, um valor de consenso, contudo, não quer dizer que os resultados da investigação sejam não confiáveis ou inválidos, significa, apenas, que os investigadores devem considerar as respostas dos participantes na avaliação dos resultados (Barrett & Heale, 2020).

O encerramento de um processo Delphi também não é metodologicamente descrito com inflexibilidade. Este encerramento pode ser ditado pelo alcance do consenso previamente definido ou então estar definido por um número pré-definido de rondas. No contexto da área da Saúde, os estudos Delphi tendem a ser suscetíveis se serem interrompidos quando o consenso é alcançado (Diamond et al., 2014). No caso do presente estudo ficou convencionado que além

da percentagem de consenso será necessário que um outro fator seja atingido e que diz respeito à "estabilidade" das questões. A percentagem de consenso é um indicador quantitativo e a estabilidade das questões é um indicador qualitativo e que deriva da análise das sugestões dos peritos para a alteração das questões, respostas e casos clínicos. Por esse motivo, no presente estudo de investigação foi determinado que cada questão (que implica a formulação da pergunta e a sugestão da resposta ou a exposição do caso clínico e a sugestão para a sua abordagem) seria admitida para o protótipo de jogo desde que cumprisse 2 premissas: teria que ter uma percentagem de consenso superior a 70% e uma estabilidade explicada pela ausência de sugestões à sua reformulação. Esta dupla obrigatoriedade explica, por exemplo, a necessidade de se submeterem questões com percentagem de consenso superior a 70% à ronda II dado que a análise de conteúdo efetuada às sugestões suscita dúvidas quanto à sua estabilidade. De realçar que esta estabilidade não se relaciona com conteúdo gramatical ou lexical, mas sim com conceitos teóricos centrais que não podem ser descartados.

Definição do número de rondas

Os dados que resultam da análise das rondas incluem o preenchimento, por parte dos peritos, de escalas do tipo Likert que, depois de resumidas, são indexadas à ronda seguinte para que cada participante possa ter conhecimento das respostas grupais da ronda prévia. Estas escalas devem ser pontuadas entre 5 e 10 pontos, privilegiando escalas com número ímpar de opções que possam visar a seleção de um ponto intermédio que reflita a não opinião sobre um tema, o que é muito provável dado que estudos Delphi visam, na sua grande maioria, temas menos conhecidos. É importante existir um pré-teste para validar que as questões não apresentem dúvidas na interpretação que podem levar os participantes a escolher o ponto médio por não terem percebido a pergunta. Acessoriamente é importante que a escala inclua o mínimo possível de itens pois a grande quantidade de itens está associada a taxas de desistência maiores (Shang, 2023). Importa ressalvar que estudos mais recentes sobre a metodologia Delphi, sugerem que outros instrumentos de pesquisa possam ser adicionados ao estudo que não apenas instrumentos padronizados como é o caso de questionários exploratórios com perguntas abertas (Niederberger & Spranger, 2020). Os mesmos autores referem ainda que o número de rondas deve estar incluído nos limites entre 2 e 5 sendo recomendado a existência de 2 rondas uma vez que a realização de apenas 1 subestima o trabalho desenvolvido e põe em causa os resultados da investigação (Niederberger & Spranger, 2020).

Relativamente ao número de rondas, e tendo em linha de conta que, na área da Saúde, o término do estudo deve-se guiar pela obtenção de um consenso ao invés de um número pré-definido de rondas. Assim, e como já foi previamente referido, ficou definido que o término deste estudo seria alcançado assim que se obtivesse um consenso de, pelo menos, 70% em cada uma das questões propostas, sendo que este consenso implica a estabilidade das questões.

Análise dos dados

Os dados deste estudo Delphi foram sujeitos a uma análise quantitativa – medidas de tendência central - e qualitativa – análise de conteúdo.

Do ponto de vista da análise quantitativa, as medidas de tendência central são comummente aceites no tratamento dos resultados de um estudo Delphi. Dado que, frequentemente, são utilizadas escalas Likert, as medidas mais usadas incluem a média, moda e mediana expressas em concordância percentual (Shang, 2023). Dada a natureza das escalas do tipo Likert (com variabilidade ordinal) recomenda-se o uso de medidas como a moda e a mediana em detrimento da média mais influenciada por valores extremados, designados de outliers, o que pode acontecer se um perito tiver uma opinião completamente contrária, forte e divergente face a um determinado assunto (Shang, 2023).

A escala de Likert usada para o efeito desta investigação, e porque as características do estudo beneficiavam de uma maior simplicidade na resposta, ou seja, não havia benefício em alongar as hipóteses de resposta, tinha 3 opções: "Opção A: Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta"; "Opção B: Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo: Observações" e "Opção C: Discordo com a integração da pergunta e da resposta". Por este motivo, optou-se por utilizar a medida de tendência central – média – uma vez que com o número de opções previstas, as hipóteses de resposta em *outliers* não são passíveis de serem consideradas.

Relativamente à análise qualitativa foi realizada uma análise de conteúdo das sugestões que foram sendo partilhadas pelos peritos no sentido de aprimorar as questões, respostas e descrição dos casos clínicos propostas com base na metodologia de Bardin (Bardin, 2016).

Este estudo de investigação foi autorizado pela Comissão de Ética da Escola Superior do Porto (anexo I). Relativamente ao método Delphi, o objetivo do estudo foi sumariamente descrito aos

indivíduos que constituíram este painel. Foi, igualmente, explicado de forma sumária o método Delphi e o objetivo da aplicação do questionário nesse contexto. As questões éticas foram consideradas e expressas no questionário, o anonimato entre os elementos do painel de peritos foi garantido bem como a confidencialidade das respostas.

2.2. **Fase 2 – Desenho do jogo e teste do jogo**

Esta segunda fase do jogo compreende dois aspetos: o desenho e a construção do jogo e a sua avaliação. Após a redação retificada das questões, casos clínicos e respetivas respostas que resultaram da aplicação da segunda ronda do estudo Delphi, seguiu-se a construção do jogo propriamente dito, o que implicou a sua materialização sob a influência dos requisitos propostos por Jaffe (2011).

Tipo de jogo

Entre outros requisitos é importante que este jogo seja considerado como um espaço de aprendizagem, ou seja, o que significa ponderar se o jogo é desafiante para os utilizadores e de que forma ele permite a aprendizagem para o qual está definido (Jaffe, 2011). É suposto que mais do que vencedores e vencidos, um recurso gamificado seja um potencial instrumento para aperfeiçoamento ou aquisição de novas competências. A forma como o objetivo do jogo é obtido, deve ser estudado nesta etapa da construção. Idealizar quanto tempo o jogo deve demorar, se emprega a competitividade adequada para manter o interesse dos utilizadores e, mais importante ainda, se cumpre os requisitos para os quais está predefinido (Jaffe, 2011). De acordo com todas estas especificidades, e tendo em linha de conta o propósito do jogo, permitir a reflexão grupal, optou-se pela construção de um jogo de tabuleiro

Teste e avaliação do jogo

O teste do jogo em campo permite a recolha de dados que permitirão revisitar o jogo e adaptá-lo de acordo com os constrangimentos identificados durante a testagem (Jaffe, 2011). No caso do presente protótipo, este foi aplicado em 5 diferentes sessões. Na primeira sessão foi realizado um pré-teste com 3 peritos na área da SCE sendo que as 4 sessões seguintes foram realizadas em duas unidades de Cuidados Continuados. As sessões decorreram com grupos que oscilaram entre os 3 e os 9 elementos, em cada sessão, e a duração das sessões foi de uma hora a uma hora e trinta minutos. É de realçar que estas unidades têm a particularidade de serem locais de trabalho de enfermeiros recém-licenciados o que permitiu uma maior identificação com o estudo em questão.

Após a aplicação do recurso foi realizado uma avaliação do jogo na forma de questionário distribuído por cada um dos participantes, no caso concreto, enfermeiros da prática clínica no contexto de Cuidados Continuados, inserido numa estratégia formativa requerida duas pelas instituições onde decorreram as 4 sessões de aplicação de jogo, com vista à formação sobre supervisão de pares. O questionário distribuído, e criado para o efeito, é constituído por duas partes. Na primeira os participantes são inquiridos face aos seus dados sociodemográficos; a segunda parte é constituída por duas questões abertas, questiona-se sobre as vantagens e desvantagens do jogo, e por um quadro onde os participantes, através de uma escala do tipo Likert, se devem manifestar quanto à concordância sobre as afirmações acerca da utilização do jogo.

Como já foi referido, este estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto (anexo I) e, previamente à aplicação em campo, todos os participantes tinham consentido a participação na investigação e autorizaram o tratamento dos seus dados sociodemográficos (anexo II). Na fase final, após a aplicação do jogo, foi-lhes solicitado que avaliassem o jogo de acordo com duas vertentes. Para esse efeito foi criado um questionário com questões do tipo Likert e duas perguntas abertas sobre as vantagens e desvantagens da utilização do jogo (anexo III).

Análise dos dados

Os dados que derivam da aplicação e avaliação do jogo foram sujeitos, tal como na fase anterior, a uma análise quantitativa – medidas de tendência central - e qualitativa – análise de conteúdo segundo a técnica proposta por Bardin.

Do ponto de vista da análise quantitativa, neste questionário criado para a avaliação do jogo foi utilizada, uma vez mais, uma escala Likert mas, desta vez, com 5 opções de resposta: *"Discordo completamente"; "Discordo"; "Indiferente"; "Concordo"* e *"Concordo Completamente".*

As duas perguntas abertas foram alvo de análise de conteúdo que não deve ser entendida como um instrumento, antes como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Por esse motivo, a análise de conteúdo permite decifrar diferentes tipos de comunicação, isto é: "Qualquer veículo de significados de um emissor para um recetor, controlado ou não por este, deveria poder ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo" (Bardin, 2016, p. 20). Daqui se subentende que a análise de conteúdo permite, através de uma descrição objetiva e sistemática, inferir sobre o conteúdo das comunicações (Bardin, 2016). Entende-se, por este motivo, que, no contexto da investigação realizada, a análise de conteúdo é o método mais eficaz para se proceder à análise das respostas (qualitativa) a duas questões abertas incluídas num questionário final dos participantes que experimentaram o jogo. As respostas a questões abertas exploram, habitualmente, a relação que o indivíduo apresenta para com o objeto em estudo (seja ela uma relação afetiva, psicológica, física, social, etc) (Bardin, 2016).

De acordo com a metodologia proposta por Bardin (2016), a análise de conteúdo das questões abertas propostas aos participantes seguiu as etapas definidas pela autora, a reter:

a. Pré-análise
b. Exploração do material
c. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação

Neste estudo, assume-se que a técnica utilizada na codificação foi a de classificação e agregação uma vez que, através da leitura das respostas dos participantes, foi realizada uma agregação das mesmas palavras, ou com o mesmo referencial semântico, e, posteriormente, uma classificação de forma a que uma só palavra seja suficientemente esclarecedora da categoria a que pertence.

Considerações éticas

Para o desenvolvimento de todo o percurso descrito foi solicitada e obtida a autorização pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto (anexo I). Relativamente aos participantes é importante referir que tanto os peritos - fase 1 - como os enfermeiros da prática clínica que utilizaram o jogo – fase 2 - assinaram o consentimento informado, comprometendo-se, desta forma, a colaborar com a investigação. Entre outras salvaguardas, nomeadamente a hipótese de desistir da colaboração a qualquer momento ou a ter o acesso aos resultados da investigação a privacidade, o anonimato e a confidencialidade foram assegurados pelos investigadores. O anonimato foi assegurado pela codificação dos participantes na medida em que os nomes dos participantes foram substituídos por códigos. Neste caso concreto, por iniciais (fase 1) e numeração cardinal (fase 2). Do ponto de vista da confidencialidade, os dados obtidos nas duas fases metodológicas foram arquivados numa base de dados à qual apenas os investigadores deste estudo têm acesso (estes dados serão eliminados seis meses após o término da investigação) (anexo II).

3. RESULTADOS

Os resultados da investigação serão apresentados pelas fases descritas no desenho do estudo, nomeadamente; os resultados do estudo Delphi que integra a fase 1 – Conteúdo do jogo e a apresentação do jogo "Game4NursingSuperisor" que integra a fase 2 – Desenho do jogo e teste do jogo.

3.1. Estudo Delphi

Nesta fase, como já foi descrito, foi realizada uma revisão da literatura e, consequentemente, um estudo Delphi.

A revisão da literatura não se demonstrou produtiva relativamente ao enquadramento pretendido. Não foi encontrado nenhum tipo de estudo que articulasse, em simultâneo, a gamificação e o aumento de competências do supervisor clínico, preferencialmente aquele que não detém nenhum tipo de formação na área. Esta lacuna permitiu demonstrar a importância da criação de um recurso gamificado que tem como foco principal o supervisor clínico. Existem inúmeros artigos que abordam a temática da gamificação relacionada com a SCE mas altamente direcionada para estudantes, pares e cuidadores.

Dada a originalidade, a inovação da temática e a escassa bibliografia existente, as questões, repostas e casos clínicos propostos foram elaborados recorrendo à pesquisa efetuada aos conteúdos programáticos dos diferentes cursos de SCE lecionados pelas diferentes Escolas Superiores de Enfermagem nacionais e que foram, posteriormente, sujeitas a validação por parte de peritos em SCE.

Estudo Delphi

No caso da presente investigação o estudo Delphi desenrolou-se em duas rondas, no final das quais se obteve o consenso pré-definido.

Ronda I

Para a primeira ronda do método, que ocorreu no período de fevereiro a março de 2023, partimos de uma listagem de questões agrupadas em 4 categorias: Funções da SCE; Estratégias da SCE; Fatores facilitadores da SCE e Discussão de Casos Clínicos.

O estudo decorreu em formato de questionário online através do *Google Forms*. Este questionário foi enviado aos 59 peritos que se deviam pronunciar acerca da pertinência da inclusão de questões e respostas propostas, sobre os constructos da SCE, no jogo de tabuleiro designado: "Game4NurseSupervisor". Poderiam, adicionalmente, alterar a questão e/ou resposta de forma a integrar os conteúdos associados à temática. Ou seja, o questionário incluía, em cada questão proposta a ser incluída no jogo, uma escala do tipo Likert com 3 opções: "Opção A: Concordo – sem alterações na pergunta e na resposta"; "Opção B: Concordo – com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo: Observações" e "Opção C: Discordo com a integração da pergunta e da resposta". De referir que no caso de selecionarem a opção B, era solicitado que o perito tecesse comentários de forma a adaptar a pergunta e/ou resposta, ou seja, além do carácter padronizado do questionário apresentado, como foi anteriormente referido, aliaram-se questões exploratórias com perguntas abertas o que se traduziu na avaliação qualitativa do conteúdo do questionário enviado.

Relativamente à primeira categoria – **Funções da SCE**, este capítulo integrava 10 perguntas de escolha múltipla e 7 de verdadeiro/falso. De referir, sendo válido para todas as categorias, todas as questões apresentavam a proposta de uma resposta certa (quer fosse a apresentação das hipóteses no caso das questões de escolha múltipla, com a resposta certa a aparecer a negrito, como a resposta proposta, também a negrito, relativa às questões de verdadeiro e falso. A segunda categoria – **Estratégias de SCE** – incluía 9 questões de escolha múltipla e 8 questões de verdadeiro/falso. Já a terceira categoria – **Fatores facilitadores da SCE** – integrou 8 questões de escolha múltipla e 9 questões de verdadeiro/falso. A quarta categoria incluía 10 **Casos Clínicos**.

Os dados sociodemográficos dos peritos que participaram na ronda I deste estudo Delphi são apresentados na tabela 1. Nesta ronda responderam 17 dos 59 peritos que foram selecionados (28,8% de participação) sendo que 82.4% eram do género feminino e 17.6% do género masculino. As idades foram compreendidas entre os 28 e os 58 anos de idade sendo que a média ronda os 42 anos com um desvio padrão de 8,0. Relativamente às habilitações literárias, 11.8% são enfermeiros especializados (licenciatura), 64.7 % apresentam um Mestrado e 23.5% um Doutoramento. A experiência profissional situa-se entre os limites mínimo de 6 e máximo de 34 anos, apresentando uma média de 19.7 anos de experiência profissional com um desvio padrão de 8.0. Relativamente à atividade profissional, 5.9% são gestores; 29.4% docentes e 64. 7% são enfermeiros da prática clínica. Neste painel um dos peritos não apresenta nenhuma área de especialização em enfermagem e 1 apresenta pós-graduação em Gestão dos Serviços de Enfermagem, sendo que nas restantes, a distribuição distribui-se da seguinte forma: Saúde Mental – 1 perito; Saúde Comunitária – 1 perito; Reabilitação – 6 peritos e Médico Cirúrgica – 7 peritos. Importa ressalvar que um dos peritos tem formação pós especializada em duas áreas, nomeadamente reabilitação e médico-cirúrgica. A média de anos de experiência em SCE é de 12.2 anos, sendo que esta medida de tendência central obteve-se através dos limites mínimo e máximo de 2 e 28 anos e o desvio padrão é de 6.8. Relativamente à área de especialização em SCE, 16 dos 17 elementos tem experiência em SCE de estudantes, 9 em SCE de pares e 11 apresentam formação pós-graduada. Do painel de peritos, 7 têm mestrado na área, 3 doutoramento, 5 fazem investigação e 5 são formadores em SCE.

Caracterização sociodemográfica	N	%
Peritos		
Convidados	59	71,2%
Participantes	17	28,8%
Género		
Feminino	14	82,4 %
Masculino	3	17.6%
Idade		
Idade mínima	28	-
Idade máxima	58	-
Habilitações literárias		
Licenciatura (especialização)	2	11,8%
Mestrado	11	64,7%
Doutoramento	4	23,5%
Anos de experiência profissional		
Mínima	6	-
Máxima	34	-
Atividade profissional		
Enfermeiro prática clínica	11	64,7%
Docente	5	29,4%

Gestor	1	5,9%
Pós – Especialização / Pós-Graduação		
Sem formação	1	5,9%
Saúde Mental	1	5,9%
Reabilitação	6	35,3%
Médico-cirúrgica	7	41,1%
Saúde comunitária	1	5,9%
Gestão de Enfermagem	1	5,9%
Anos de experiência em SCE		
Mínimo	2	-
Máximo	28	-
Área de especialização em SCE		
SCE estudantes	16	94,1%
SCE pares	9	52,9%
Formação pós-graduada	11	64,7%
Mestrado	7	41,1%
Doutoramento	3	17,4%
Investigação	5	29,4%
Formação	5	29,4%

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos peritos da ronda I

O quadro 2 apresenta os resultados referente às respostas dos peritos face à concordância sobre as questões e casos clínicos apresentados (apresentados no anexo IV).

Ronda I – Estudo Delphi Questões Propostas para o protótipo de jogo	Respostas dos peritos de acordo com a concordância face às questões propostas						Repostas obtidas			
	"concordo" (C)		*"concordo com sugestões"* (S)		*"não concordo"* (D)		Consenso final	n total	Resposta Média*	Média (valor numérico)
	n	%	n	%	n	%				
Tema 1 – Funções da SCE										
1. Questão de escolha múltipla	14	82%	3	18%	0	0%	100%	17	C	2,82
2. Questão de escolha múltipla	15	88%	2	12%	0	0%	100%	17	C	2,88
3. Questão de escolha múltipla	13	76%	3	18%	1	6%	94%	17	C	2,71
4. Questão de escolha múltipla	15	88%	2	12%	0	0%	100%	17	C	2,88
5. Questão de verdadeiro/falso	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
6. Questão de escolha múltipla	13	76%	4	24%	0	0%	100%	17	C	2,76
7. Questão de verdadeiro/falso	16	94%	1	6%	0	0%	100%	17	C	2,94
8. Questão de verdadeiro/falso	15	88%	2	12%	0	0%	100%	17	C	2,88
9. Questão de verdadeiro/falso	16	100%	0	0%	0	0%	100%	16	C	3,00
10. Questão de escolha múltipla	11	69%	3	19%	2	13%	88%	16	C	2,56
11. Questão de verdadeiro/falso	13	76%	3	18%	1	6%	94%	17	C	2,71
12. Questão de verdadeiro/falso	15	88%	2	12%	0	0%	100%	17	C	2,88
13. Questão de escolha múltipla	15	88%	1	6%	1	6%	94%	17	C	2,82
14. Questão de verdadeiro/falso	16	94%	1	6%	0	0%	100%	17	C	2,94
15. Questão de escolha múltipla	13	76%	4	24%	0	0%	100%	17	C	2,76
16. Questão de verdadeiro/falso	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
17. Questão de escolha múltipla	16	94%	0	0%	1	6%	94%	17	C	2,88
Tema 2 – Estratégias da SCE										
1. Questão de verdadeiro/falso	14	82%	0	0%	3	18%	82%	17	C	2,65
2. Questão de verdadeiro/falso	15	88%	0	0%	2	12%	88%	17	C	2,76

3.	Questão de escolha múltipla	15	94%	1	6%	0	0%	100%	16	C	2,76
4.	Questão de verdadeiro/falso	15	88%	2	12%	0	0%	100%	17	C	2,88
5.	Questão de escolha múltipla	15	94%	0	0%	1	6%	94%	16	C	2,88
6.	Questão de escolha múltipla	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
7.	Questão de escolha múltipla	15	88%	2	12%	0	0%	100%	17	C	2,88
8.	Questão de verdadeiro/falso	16	100%	0	0%	0	0%	100%	16	C	3,00
9.	Questão de escolha múltipla	16	94%	1	6%	0	0%	100%	17	C	2,94
10.	Questão de escolha múltipla	10	59%	5	29%	2	12%	88%	17	S	2,47
11.	Questão de verdadeiro/falso	14	82%	2	12%	1	6%	94%	17	C	2,76
12.	Questão de escolha múltipla	16	94%	1	6%	0	0%	100%	17	C	2,94
13.	Questão de verdadeiro/falso	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
14.	Questão de verdadeiro/falso	13	93%	1	7%	0	0%	100%	14	C	2,93
15.	Questão de verdadeiro/falso	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
16.	Questão de escolha múltipla	16	94%	1	6%	0	0%	100%	17	C	2,94
17.	Questão de verdadeiro/falso	13	76%	1	6%	3	18%	82%	17	C	2,59
Tema 3 – Fatores facilitadores da SCE											
1.	Questão de verdadeiro/falso	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
2.	Questão de escolha múltipla	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
3.	Questão de escolha múltipla	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
4.	Questão de escolha múltipla	9	53%	5	29%	3	18%	82%	17	S	2,35
5.	Questão de verdadeiro/falso	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
6.	Questão de escolha múltipla	13	76%	2	12%	2	12%	88%	17	C	2,65
7.	Questão de escolha múltipla	16	94%	1	6%	0	0%	100%	17	C	2,94
8.	Questão de verdadeiro/falso	14	82%	1	6%	2	12%	88%	17	C	2,71
9.	Questão de escolha múltipla	16	94%	1	6%	0	0%	100%	17	C	2,94
10.	Questão de verdadeiro/falso	16	94%	0	0%	1	6%	94%	17	C	2,88
11.	Questão de verdadeiro/falso	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
12.	Questão de verdadeiro/falso	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
13.	Questão de verdadeiro/falso	15	100%	0	0%	0	0%	100%	15	C	3,00
14.	Questão de escolha múltipla	15	88%	1	6%	1	6%	94%	17	C	2,82
15.	Questão de verdadeiro/falso	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
16.	Questão de escolha múltipla	15	88%	2	12%	0	0%	100%	17	C	2,88
17.	Questão de verdadeiro/falso	17	100%	0	0%	0	0%	100%	17	C	3,00
Tema 4 – Casos Clínicos											
Caso clínico 1		15	94%	1	6%	0	0%	100%	16	C	2,94
Caso clínico 2		15	88%	2	12%	0	0%	100%	17	C	2,88
Caso clínico 3		13	76%	3	18%	1	6%	94%	17	C	2,71
Caso clínico 4		15	88%	2	12%	0	0%	100%	17	C	2,88
Caso clínico 5		15	88%	2	12%	0	0%	100%	17	C	2,88
Caso clínico 6		15	94%	1	6%	0	0%	100%	16	C	2,94
Caso clínico 7		16	100%	0	0%	0	0%	100%	16	C	3,00
Caso clínico 8		16	94%	1	6%	0	0%	100%	17	C	2,94
Caso clínico 9		15	94%	1	6%	0	0%	100%	16	C	2,94
Caso clínico 10		15	88%	1	6%	1	6%	94%	17	C	2,82

Legenda: * resposta média: “C” – concordo; “S” – concordo com sugestões

Quadro 2 – Resultados da Ronda I – Estudo Delphi.

De acordo com o explanado no quadro 2, fica explícito que nenhuma das questões propostas foi eliminada dado que, na sua maioria, a média das respostas foi "concordo" (C) e houve apenas duas respostas médias correspondente ao "concordo com sugestões" (S), tal como se pode confirmar na 10ª coluna do referido quadro.

O grau de concordância médio obtido foi de 90% assumindo apenas a opção "concordo" sem nenhum tipo de sugestões Se associarmos as opções "concordo" e "concordo com sugestões" esse grau de concordância é de 97%.

Ronda II

A segunda ronda incluiu 25 questões/respostas e foi enviada aos 17 enfermeiros que responderam à primeira ronda. Esta segunda ronda decorreu no período compreendido entre 13 e 31 de março de 2023.

Os resultados da segunda ronda serviram de base à alteração das 25 questões/respostas que incluiu as reformulações das questões e/ou respostas do jogo dadas pelo grupo de peritos no âmbito dos objetivos pretendidos. Essas reformulações seguiram-se a uma análise exploratória das propostas dos peritos.

Os dados sociodemográficos dos peritos que participaram na ronda II deste estudo Delphi são apresentados na tabela 2. Na segunda ronda deste estudo responderam 11 dos 17 peritos a quem foi enviado o questionário (64,7% de participação) sendo que 72.7% eram do género feminino e 27.3% do género masculino. As idades foram compreendidas entre os 28 e os 50 anos de idade sendo que a média ronda os 38 anos e o desvio padrão é de 5.6. Relativamente às habilitações literárias, 9,1% são enfermeiros especializados, 63.6% apresentam um Mestrado e 27.3% um Doutoramento. A experiência profissional situa-se entre os limites mínimo de 8 e máximo de 30 anos, apresentando uma média de 15.2 anos com um desvio padrão de 6.4 face à experiência profissional. Relativamente à atividade profissional, 72.7% são enfermeiros da prática clínica e 27.3% são docentes. Neste painel um dos peritos não apresenta nenhuma área de especialização em enfermagem, sendo que nas restantes, a distribuição distribui-se da seguinte forma: Saúde mental – 1 perito; saúde comunitária – 1 perito; reabilitação – 5 peritos e médico cirúrgica – 4 peritos. Importa ressalvar que um dos peritos tem formação pós espacializada em duas áreas, nomeadamente reabilitação e médico-cirúrgica. A média de anos de experiência em SCE é de 10.3 anos sendo que esta medida de tendência central obteve-se

através dos limites mínimo e máximo de 2 e 28 anos, com um desvio padrão de 6.3. Relativamente à área de especialização em SCE, os 11 elementos têm experiência em SCE de estudantes, 5 em SCE de pares e 8 apresentam formação pós-graduada. Do painel de peritos, 6 têm mestrado na área, 1 doutoramento, 3 fazem investigação e outros 3 são igualmente formadores em SCE.

Caracterização sociodemográfica	N	%
Peritos		
Convidados	17	35,3%
Participantes	11	64,7%
Género		
Feminino	8	72,7%
Masculino	3	27,3%
Idade		
Idade mínima	28	-
Idade máxima	50	-
Habilitações literárias		
Licenciatura (especialização)	1	9,1%
Mestrado	7	63,6%
Doutoramento	3	27,3%
Anos de experiência profissional		
Mínima	8	-
Máxima	30	-
Atividade profissional		
Enfermeiro prática clínica	8	72,7%
Docente	3	27,3%
Pós – Especialização / Pós-Graduação		
Sem formação	1	9,1%
Saúde Mental	1	9,1%
Reabilitação	5	45,5%
Médico-cirúrgica	6	54,5%
Saúde comunitária	1	9,1%
Anos de experiência em SCE		
Mínimo	2	-
Máximo	28	-
Área de especialização em SCE		
SCE estudantes	11	100%
SCE pares	5	45,5%
Formação pós-graduada	8	72,7%
Mestrado	6	54,5%
Doutoramento	1	9,1%
Investigação	3	27,3%
Formação	3	27,3%

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos peritos da ronda II

O quadro 3 apresenta os resultados referente às respostas dos peritos face à concordância sobre as questões/casos clínicos apresentados e previamente retificados após a primeira ronda do estudo Delphi (apresentados no anexo V).

RONDA II – ESTUDO DELPHI QUESTÕES PROPOSTAS PARA O PROTÓTIPO DE JOGO – REAVALIADAS APÓS A RONDA I	**Respostas dos peritos de acordo com a concordância face às questões propostas**						**Repostas obtidas**			
	"concordo" (C)		*"concordo com sugestões"* (S)		*"não concordo"* (D)		Consenso final	n total	Resposta média	Média (valor numérico)
	n	%	n	%	n	%				
Tema 1 – Funções da SCE										
3. Questão escolha múltipla	9	82%	2	18%	0	0%	100%	11	C	2,82
4. Questão escolha múltipla	7	64%	4	36%	0	0%	100%	11	C	2,64
8. Questão escolha múltipla	9	82%	2	18%	0	0%	100%	11	C	2,82
10. Questão escolha múltipla	8	73%	2	18%	1	6%	97%	11	C	2,64
11. Questão verdadeiro/falso	9	82%	2	18%	0	0%	100%	11	C	2,82
12. Questão verdadeiro/falso	8	73%	2	18%	1	6%	97%	11	C	2,64
13. Questão escolha múltipla	6	55%	5	45%	0	0%	100%	11	C	2,55
15. Questão escolha múltipla	7	64%	4	36%	0	0%	100%	11	C	2,64
Tema 2 – Estratégias da SCE										
7. Questão escolha múltipla	8	73%	3	27%	0	0%	100%	11	C	2,73
9. Questão escolha múltipla	8	73%	3	27%	0	0%	100%	11	C	2,73
10. Questão escolha múltipla	8	73%	3	27%	0	0%	100%	11	C	2,73
11. Questão verdadeiro/falso	8	73%	2	18%	1	6%	97%	11	C	2,64
Tema 3 – Fatores facilitadores da SCE										
4. Questão escolha múltipla	3	27%	8	73%	0	0%	100%	11	S	2,27
14. Questão escolha múltipla	9	82%	2	18%	0	0%	100%	11	C	2,82
16. Questão escolha múltipla	9	82%	2	18%	0	0%	100%	11	C	2,82
Tema 4 – Casos Clínicos										
Caso clínico 1	9	82%	2	18%	0	0%	100%	11	C	2,82
Caso clínico 2	8	73%	3	27%	0	0%	100%	11	C	2,73
Caso clínico 3	8	73%	3	27%	0	0%	100%	11	C	2,73
Caso clínico 4	9	82%	2	18%	0	0%	100%	11	C	2,82
Caso clínico 5	9	82%	2	18%	0	0%	100%	11	C	2,82
Caso clínico 6	9	82%	2	18%	0	0%	100%	11	C	2,82
Caso clínico 7	8	73%	3	27%	0	0%	100%	11	C	2,73
Caso clínico 8	8	73%	3	27%	0	0%	100%	11	C	2,73
Caso clínico 9	8	73%	3	27%	0	0%	100%	11	C	2,73
Caso clínico 10	9	82%	2	18%	0	0%	100%	11	C	2,82

Legenda: * resposta média: "C" – concordo; "S" – concordo com sugestões

Quadro 3 – Resultados da Ronda II – Estudo Delphi

Nesta segunda ronda, todas as alterações sugeridas pela primeira ronda foram aceites. A média das 25 respostas foi "concordo" (C), à exceção de apenas uma resposta com "concordo com sugestões" (S). Na sua generalidade, nas questões/respostas, onde foram assinaladas sugestões, foram sugeridas outras alterações que não afetaram a estabilidade das questões e que, por se tratarem essencialmente de aspetos gramaticais e lexicais, não justificavam a realização de uma

terceira ronda do estudo Delphi. O grau de concordância médio obtido foi de 71% assumindo apenas a opção "concordo" sem nenhum tipo de sugestões, como já referidas, essencialmente gramaticais. Se associarmos as opções "concordo" e "concordo com sugestões" esse grau de concordância é de 99% o que justifica, em conjunto com a manutenção da estabilidade das questões, a aceitação das 25 questões submetidas a escrutínio.

3.2. Jogo: *"Game4NursingSupervisor"*

Descrição do Jogo

Tendo em consideração os objetivos deste estudo de investigação, desenvolveu-se, com base na validação do conteúdo do recurso gamificado, o protótipo do jogo que se designou "Game4NurseSuperisor". Este jogo, que utiliza uma base de tabuleiro, peões, dados e cartões impele a uma interatividade entre os jogadores conforma se mostra na seguinte imagem 1. Como já foi referido, o jogo adotou o nome de: *"Game4NurseSupervisor"* numa alusão direta ao utilizador alvo do jogo, o enfermeiro supervisor. Foi desenvolvido, para o efeito, um logótipo e criada uma matriz de jogo que depois foi adaptada para tabuleiro de jogo onde também há espaço destinado à colocação dos vários cartões alusivos às 4 categorias do jogo.

Imagem 1 – Jogo: Game4NurseSupervisor

O objetivo do jogo, do ponto de vista da gamificação propriamente dita, implica que o utilizador consiga reunir as cartas coloridas que estão predefinidas e associadas à palavra SUPER com um símbolo representativo da visão, como se ilustra na seguinte figura 3:

Figura 3 – palavra e símbolo associados ao término do jogo apresentado

Assim, o primeiro participante que conseguisse reunir duas cartas amarelas, duas azuis, uma rosa e outra verde, concluía o jogo sendo considerado como o vencedor. A competitividade é, por sua vez, também assegurada pelo próprio participante isto porque, e de acordo com as regras do jogo, descritas mais à frente, pode este organizar o seu percurso no tabuleiro de forma a conseguir, de forma ativa, selecionar as cartas de que precisa para concluir o jogo. As cartas

verdes, que correspondem à discussão de casos clínicos, são consideradas como um objetivo mais difícil de transpor dado que implica habilidades comunicacionais e de mobilização de conhecimentos enquanto as restantes implicam uma resposta direta (amarelas – funções da SCE, azuis – estratégias da SCE e rosa – fatores facilitadores da SCE). Ainda assim, em cada questão de escolha múltipla ou de verdadeiro/falso que implica uma resposta direta, é suposto que os restantes jogadores possam refletir em grupo sobre a concordância ou não, relatando aspetos da prática profissional ou cenários fictícios que permitam a discussão sobre o tema e os diferentes pontos de vista. Entende-se que é um jogo auto-suficiente pelo facto de não necessitar, propriamente, de um moderador na área da SCE dado que as respostas corretas estão devidamente assinaladas e existem, também, propostas para a correção dos cenários clínicos.

Regras do jogo

Nesta etapa deve ser certificado que as regras do jogo são devidamente explícitas, incluindo o que determina que o jogo termine. É, também, nesta fase que se define se as regras são conhecidas previamente ou no decurso do jogo bem como a forma de atuação perante eventuais entraves à jogabilidade do recurso gamificado (Jaffe, 2011). No caso do protótipo apresentado as regras determinam que o número de jogadores deve oscilar entre o mínimo de 2 e o máximo de 6 por se entender que uma eventual reflexão possa ficar condicionada por excesso de partilhas além de que iria proporcionar que o jogo se estende além do razoável.

De uma forma sumariada segue-se uma descrição das instruções do jogo proposto: todos os jogadores iniciam o jogo na casa central de partida. Cada jogador deve lançar o dado uma única vez de forma a ser organizada a dinâmica da ordem pelo qual cada um vai jogar (a título de exemplo: se houver 3 jogadores, joga primeiro o que tiver alcançado 5 pontos no lançamento de dado, em segundo o jogador que tiver alcançado 4 pontos e, em último, o que tiver alcançado 1 ponto). O jogo consiste em mobilizar o peão sobre as *"casas"* do tabuleiro de acordo com o número alcançado no lançamento do dado. O jogador pode escolher, indiscriminadamente, a forma de circulação no tabuleiro. Pode optar por circular para a direita, esquerda, para cima e para baixo, mas nunca na diagonal (por exemplo, numa jogada de 6 pontos o jogador pode optar por mobilizar o peão 3 casas para a direita e 3 para cima). Nas casas assinaladas a verde com a indicação de *"avançar"* 1, 2 ou 3 casas, o jogador deve obedecer à direção da seta e à indicação do número de casas a avançar. Quando o jogador parar numa determinada *"casa",* deve responder a uma pergunta da categoria a que essa *"casa"* disser respeito de acordo com o código

de cores pré-estabelecido (*Funções, Estratégias, Fatores Facilitadores* e *Casos Clínicos*) (imagem 2). Se o jogador parar numa casa quadricolor, pode optar pela cor da pergunta à qual vai responder.

Imagem 2 – Exemplos dos cartões do jogo de acordo com as diferentes categorias

As três categorias de *Funções, Estratégias, Fatores Facilitadores* contemplam perguntas de escolha múltipla ou de verdadeiro e falso. A categoria de *Casos Clínicos* diz respeito à descrição de um caso clínico com um determinado problema de SCE, na ótica do supervisor ou do supervisado, sendo suposto que o jogador, além de identificar esse problema implícito, apresente uma solução para o resolver, à luz das teorias da SCE. As respostas a cada uma das

categorias deve privilegiar uma componente individual, contudo, e sempre que pertinente, pode ser discutida a solução em grupo de forma a enriquecer a partilha e o esclarecimento de dúvidas que possam surgir no contexto do desenvolvimento do jogo. Cada resposta certa dá direito a nova jogada (não volta a jogar novamente ainda que possa acertar na segunda resposta) e cada resposta errada implica que o jogador não possa jogar na próxima jogada. O objetivo é que cada jogador consiga arrecadar, com cada resposta certa, cartas de diferentes cores, de forma a conseguir uma sequência de cores sugerida: AMARELO – AZUL – ROSA – VERDE – AMARELO – AZUL. Vence o jogador que primeiro conseguir colecionar 6 cartões coloridos que cumpram a sequência de cores da expressão sugerida. Os restantes jogadores podem optar por continuar a jogar de forma a encontrar outros vencedores ou então podem optar por terminar o jogo após encontrado o primeiro vencedor (esta decisão deve estar enquadrada no tempo disponível para jogar bem como os objetivos traçados pela equipa).

Teste do Jogo – Caracterização sociodemográfica dos participantes

O teste do jogo em campo implicou a realização de 5 sessões de teste (uma considerada pré-teste com peritos na área da SCE) com a participação de 25 enfermeiros que, no final da aplicação do jogo, expressaram a sua opinião sobre o recurso gamificado através do preenchimento de um questionário composto por um questionário e duas perguntas abertas. A primeira aplicação do jogo decorreu a 9 de maio 2023 (pré-teste) numa Escola Superior de Enfermagem com peritos em SCE sendo que as restantes 4 sessões desenvolveram-se em 2 Unidades de Cuidados Continuados nas seguintes datas: 18 e 23 de maio de 2023; 01 e 02 de junho em 2023.

Os dados sociodemográficos dos participantes da aplicação e teste do jogo são apresentados na tabela 3. Nesta segunda fase do estudo, dos 25 enfermeiros participantes, 20% eram do género masculino e 80% do género masculino. As idades foram compreendidas entre os 22 e os 54 anos de idade sendo que a média ronda os 28 anos e o desvio padrão é de 8.1. Relativamente às habilitações literárias, 96% são licenciados em Enfermagem (20% dos quais com uma pós-licenciatura) e 4% têm um Doutoramento. A experiência profissional situa-se entre os limites mínimo de 1 e máximo de 35 anos, apresentando uma média aproximada de 4.9 anos e um desvio padrão de 7.6. Uma vez que neste item existem valores muito extremados, optou-se por validar a mediana e a moda (neste caso são coincidentes) sendo que o valor obtido é de 1 ano de experiência profissional. A totalidade dos enfermeiros que participaram são enfermeiros da prática cínica. A média de anos de experiência em SCE é de 5.2 anos sendo que esta medida de

tendência central obteve-se através dos limites mínimo e máximo de 1 e 20 anos, o desvio padrão é de 5.5. Mais uma vez, e por existirem valores muito extremados, optou-se por considerar a mediana e a moda (coincidentes) perfazendo um valor de 4 anos de experiência em SCE. Deste painel de participantes 52% têm experiência em SCE de estudantes e 48% não tem experiência na área. Além desse aspeto, importa ressalvar que 12% dos participantes têm formação pós-graduada em SCE e 16% referem ter uma formação em SCE que não uma pós-graduação ou mestrado que, contudo, não explicitam qual é (assinalaram a opção "outra"). Finalmente adianta referir que apenas 4% dos enfermeiros já tinha tido contacto prévio com uma estratégia gamificada na área da saúde

Caracterização sociodemográfica	N	%
Género		
Feminino	20	80%
Masculino	5	20%
Idade		
Idade mínima	22	-
Idade máxima	54	-
Habilitações literárias		
Licenciatura (especialização)	24	96%
Doutoramento	1	4%
Anos de experiência profissional		
Mínima	1	-
Máxima	35	-
Atividade profissional		
Enfermeiro prática clínica	25	100%
Anos de experiência em SCE		
Mínima	1	-
Máxima	20	-
Experiência em SCE		
Sim	13	52%
Não	12	48%
Formação em SCE		
Pós-graduação	3	12%
Outra	4	16%
Contacto prévio com estratégias gamificadas		
Sim	1	4%
Não	24	96%

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos participantes da aplicação do jogo

Teste do Jogo – Questionário de avaliação do jogo

O questionário criado para o efeito e que os participantes preencheram no final da aplicação do jogo tem, como já foi referido, duas partes constituintes. Inicialmente os participantes expressaram a sua opinião, em jeito de resposta livre, acerca das vantagens e desvantagens da

utilização do jogo. Posteriormente preencheram um questionário composto por 11 itens onde foi questionada a concordância do participante relativamente a vários componentes do jogo que se entenderam pertinentes avaliar, através de uma escala do tipo Likert.

Relativamente às questões abertas foi realizada uma análise de conteúdo realizada às respostas dos participantes o que permitiu identificar as principais características do jogo expressas no quadro 4 e simplificadas na figura 4.

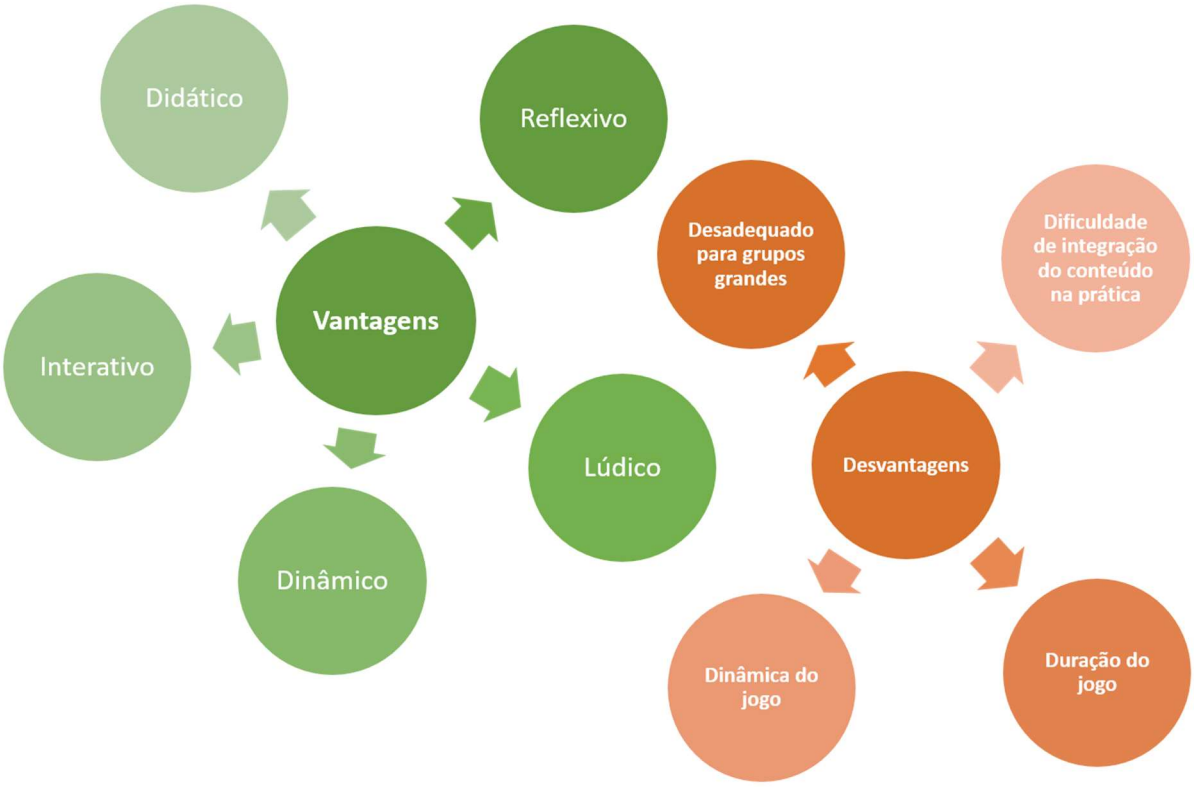

Figura 4 – Vantagens e Desvantagens do jogo *"Game4NurseSuperisor"*

A figura 4 ilustra, de uma forma simplificada, a alocação das subcategorias encontradas dentro de cada uma das categorias previamente definidas: vantagens e desvantagens. As vantagens, descritas a verde, englobam as subcategorias assumidamente positivas que se destacam da aplicabilidade do jogo. Além da vertente lúdica, que deve estar presente e qualquer jogo, este é, simultaneamente, interativo e por isso dinâmico. A interatividade proporcionada pelo jogo bem como o seu propósito que aludem à reflexão permitem a sua distinção como didático.

A laranja estão assinaladas as desvantagens percecionadas pelos participantes durante a aplicação do jogo. Apesar de terem caracterizado o jogo como didático ou reflexivo e, por isso, indutor de uma melhor prática supervisiva, denotaram que a sua aplicabilidade na prática de cuidados possa ser difícil (pelo tempo indisponível para a realização de formações em serviço e pela inexperiência na utilização de estratégias de gamificação). A experiência em campo permitiu antever que a dinâmica do jogo é mais facilitada em pequenos grupos daí que, simultaneamente, outras duas desvantagens incluem a dinâmica do jogo e o facto de ser desadequado para grandes grupos. Finalmente os participantes referem que a par das já descritas, a duração do jogo, é ou pode ser, uma desvantagem o que, de certa forma, está intimamente ligado ao facto de não ser adequado para grupos grandes onde se demora mais a atingir o objetivo e, portanto, a dinâmica do jogo é comprometida. De uma forma genérica, assume-se que uma estratégia gamificada deve ter uma duração incluída no intervalo de tempo entre os 30 minutos e uma hora (Gauthier et al., 2019).

ANÁLISE DE CONTEÚDO		
CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
VANTAGENS	**Reflexivo**	P1 "Permite discussão reflexiva dos problemas relacionados com a supervisão – casos clínicos (…)"
		P3 "Reflexão crítica, contextualização e reflexão sobre as práticas com recurso a casos clínicos."
		P9 "Processo reflexivo."
		P11 "(…) reflexivo."
		P13 "(…) incitar a discussão sobre a supervisão clínica de forma a melhorar."
		P18 "(…) promove o pensamento crítico-reflexivo de forma divertida."
		P19 "Conseguimos refletir sobre aquilo que foi falado durante a formação de uma forma mais informal."
		P20 "Permite refletir de uma forma dinâmica e interativa, promove a reflexão da componente teórica com questões práticas.
		P21 "(…) reflexão crítica sobre as temáticas enunciadas."
		P23 "Reflexão coletiva (…)"
		P24 "(…) Permite discutir e refletir em grupo diferentes questões."
		P25 "(…) estimula o sentido crítico."
	Lúdico	P2 "Carácter lúdico, mas didático para utilizar na formação de pares"
		P13 "Uma forma divertida e descontraída de partilhar conhecimento (…)"
		P16 "(…) aprendizagem de forma lúdica."
		P7 "(…) dinamismo."
		P10 "É um jogo dinâmico (…)"

VANTAGENS	**Dinâmico**	P12 “Mais dinâmico (…)”
		P14 “(…) forma mais dinâmica.”
		P 17“Dinâmico (…)”
		P18 “Dinamização (…)”
		P21 “Dinâmica em grupo (…)”
	Interativo	P4 “Algo interativo (…) trabalho em equipa.””
		P7 “Interação (…)”
		P16 “Interação com a equipa (…)”
		P17 “(…) interativo.”
		P22 “Um jogo interativo.”
	Didático	P1 “(…) didática, inovadora.”
		P4 “(…) forma de aprendizagem (…)”
		P5 “Melhor compreensão dos conteúdos transmitidos na informação.”
		P6 “Revisão e sistematização de conceitos.”
		P8 “Consolidação da informação.”
		P10 “(…) integração dos conceitos abordados.”
		P11 “Consolidação de conhecimentos (…)”
		P14 “Consolidação do material apresentado na formação (…)”
		P15 “Estimula a aprendizagem dos conceitos e o confronto com casos clínicos.”
		P18 “(…) consolidação da informação transmitida (…)”
		P23 “(…) interiorização da mensagem.”
		P24 “Facilita a compreensão dos objetivos da supervisão clínica (…)”
		P25 “Permite integrar o conteúdo teórico de forma conjunta (…)”
DESVANTAGENS	**Desadequado para grupos grandes**	P1 “Dificuldade de aplicação em grupos maiores, por exemplo, 8 – 10 pessoas. (…)”
		P4 (…) em grupos grandes pode não resultar.”
		P19 “Número de jogadores (…)”
	Duração do jogo	P1 “(…) Tempo necessário para utilizar o jogo de forma adequada.”
		P7 “Duração do jogo.”
		P12 “Otimização do tempo da formação.”
		P14 “Penso que não há desvantagens (exceto se por questões de tempo não se possa aproveitar bem o jogo).”
		P19 “(…) otimização do tempo.”
DESVANTAGENS	**Dinâmica do jogo**	P6 “Perguntas longas.”
		P10 “A desvantagem é os cartões não puderem ser projetados porque facilitava o raciocínio.”
		P13 “Algumas questões são confusas e a necessitar de ser explicadas em grupo.”
		P17 “Questões muito longas.”
		P20 “Uso de terminologia bastante teórica.”
		P21 “Seguimento das casas no jogo (talvez passar por caminho único?) e perguntas relativamente extensas.”
		P21 “(…) perguntas relativamente extensas.”
		P23 “Perguntas extensas.”
		P24 “Perguntas longas.”

	Dificuldade de integração do conteúdo na prática	P3 "Não considero desvantagens, apenas sinto que não estamos preparados para integrar o conceito de jogo com a prática clínica e com a supervisão."
PARTICIPANTES QUE NÃO IDENTIFICARAM DESVANTAGENS NA UTILIZAÇÃO DO JOGO		P2 "Não senti nenhuma desvantagem da utilização do jogo."
		P5 "Não existem desvantagens."
		P8 "Nada a referir."
		P18 "Sem desvantagens a enunciar."
PARTICIPANTES QUE NÃO SE PRONUNCIARAM SOBRE AS DESVANTAGENS DO JOGO		P9 - P11 - P15 - P16 - P22 - P25

Quadro 4 – Análise de Conteúdo sobre as vantagens e desvantagens expressas pelos participantes relativas à aplicação do jogo.

O quadro 4 agrupa as respostas dos participantes de forma organizada tendo em linha de conta a categorização de acordo com o valor semântico das palavras e/ou expressões dos participantes quando se pronunciaram sobre as vantagens e desvantagens do jogo aplicado.

Relativamente às vantagens foram identificadas 5 categorias. Essas categorias ilustram, de forma sintética, as características vantajosas do jogo. Assim identificaram-se as seguintes categorias que definem as vantagens do jogo: reflexivo, lúdico, dinâmico, interativo e didático. Foram também identificadas categorias que expressam as desvantagens do jogo. Os participantes expressaram os principais constrangimentos durante a aplicação do jogo e de acordo com o registado identificaram-se 4 categorias que, pela dificuldade em sintetizar a informação numa só palavra foram identificadas expressões, tais como: desadequado para grupos grandes, duração do jogo, dinâmica do jogo e dificuldade de integração do conteúdo na prática. De realçar, acessoriamente, que 4 dos 25 participantes expressaram diretamente a ausência de desvantagens e que 6 não emitiram nenhum tipo de comentário. No total, 10 dos 25 participantes não identificaram nenhuma desvantagem do jogo.

Na segunda parte do questionário foi realizado um questionário do tipo Likert. Os valores numéricos expressos no quadro 5, dizem respeito à percentagem da concordância dos participantes em cada um dos itens. No caso desta escala, o valor semântico das frases assume, a mesma variação, ou seja, os pontos 1 e 2 são assumidamente negativos (discordo fortemente e discordo, respetivamente) o 3, neutro, e os 4 e 5 assumidamente positivos (concordo e concordo fortemente, respetivamente).

	Questionário de avaliação do jogo "Game4NurseSupervisor"	1 Discordo Completamente		2 Discordo		3 Indiferente		4 Concordo		5 Concordo Completamente		média	moda	desvio padrão	mínimo	máximo
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
1	Gosto bastante do Jogo	0	0%	0	0%	0	0%	15	60	10	40	4,4	4	0,49	4	5
2	O Jogo é divertido	0	0%	0	0%	1	4%	16	64%	8	32%	4,28	4	0,53	3	5
3	A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos conteúdos.	0	0%	0	0%	0	0%	7	28%	18	72%	4,72	5	0,45	4	5
4	O tempo destinado a aplicabilidade deste instrumento é adequada	0	0%	1	4%	2	8%	17	68%	5	20%	4,04	4	0,66	2	5
5	Considera que a aprendizagem decorrente da utilização deste instrumento terá impacto ao nível do seu desempenho na prática	0	0%	0	0%	0	0%	13	52%	12	48%	4,48	4	0,50	4	5
6	A utilização deste instrumento contribui para a motivação dos Formandos	0	0%	0	0%	0	0%	8	32%	17	68%	4,68	5	0,47	4	5
7	Sentiu evolução dos seus conhecimentos com a utilização deste instrumento	0	0%	0	0%	1	4%	17	68%	7	28%	4,24	4	0,51	3	5
8	Pretende vir a aplicar os conhecimentos que adquiriu com esta atividade	0	0%	0	0%	1	4%	12	48%	12	48%	4,44	4	0,57	3	5
9	O momento proporcionado pelo jogo incentivou a participação dos formandos	0	0%	0	0%	1	4%	12	48%	12	48%	4,44	4	0,57	3	5
10	Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem	0	0%	0	0%	2	8%	17	68%	6	24%	4,16	4	0,54	3	5
11	A duração do jogo é adequada para permitir aprendizagem	0	0%	0	0%	1	4%	9	36%	15	60%	4,56	5	0,57	3	5

Quadro 5 – Resultados da avaliação do jogo *"Game4NurseSupervisor"*

A análise do quadro 5 permite observar que nenhum dos itens foi avaliado como "Discordo Completamente". Apenas 1 participante fez uma referência de valor 2 "Discordo" relativamente ao item *"O tempo destinado a aplicabilidade deste instrumento é adequada"*. As respostas dos participantes oscilaram entre as respostas de valor 2 "Discordo" – mínimo – e as de valor 5 "Concordo completamente" – máximo. A maior parte das respostas foram enquadradas na escala de Likert de valor 4 "Concordo" e de valor 5 "Concordo completamente".

De realçar que o item mais positivamente avaliado foi o item 3 *"A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos conteúdos"* com uma concordância completa de 72% (valor 5) e uma concordância (valor 4) de 28%. Não houve, neste item, nenhuma resposta de discordância ou indiferença. Ainda a este propósito, referir que existiram 4 itens, dos quais o item 3 já faz parte, que foram avaliados apenas com valores 4 e 5, ou seja, sem discordância e sem indiferença. Esses itens, além do item 3 já referido, incluem o item 1 *"Gosto bastante do Jogo"*, item 5 *"Considera que a aprendizagem decorrente da utilização deste instrumento terá impacto ao nível do seu desempenho na prática"* e item 6 "*A utilização deste instrumento contribui para a motivação dos Formandos"*.

A média das respostas foi de 4,4, o que equivale à resposta de valor 4 "concordo" com um desvio padrão médio de 0,53. Este resultado, apesar de não traduzir um valor com uma leitura específica, traduz uma satisfação global com o jogo apresentado.

4. DISCUSSÃO FINAL

O desenvolvimento deste estudo de investigação permitiu refletir sobre a importância da gamificação, nomeadamente, sobre a capacidade dos recursos gamificados atuarem ativamente na alteração de processos de reflexão que envolvem, por sua vez, a reformulação dos raciocínios críticos que estão na origem das intervenções profissionais adjuvantes da prática supervisiva (Van Gaalen et al., 2021).

O objetivo geral definido para este estudo de investigação engloba um público alvo muito específico, os enfermeiros da prática clínica que, não dispondo de nenhum tipo de formação na área da SCE, desempenham funções de supervisão sem nenhum referencial teórico. Assim, o objetivo geral contemplava o desenvolvimento de um protótipo de um recurso gamificado que promova o conhecimento sobre SCE, na ótica dos enfermeiros supervisores como utilizadores.

Da análise que resulta da formulação deste objetivo, realçam-se dois termos. Os termos centrais que se relacionam neste estudo são **SCE** e **gamificação** que, por diferentes motivos, são termos pouco abordados na sociedade em geral e, ao nível da literatura consultada, com poucas publicações científicas. O termo de SCE, apesar de ser um termo não muito recente, remonta aos anos 30 do século passado, é um termo que ainda suscita algumas dúvidas e até receios sempre que é abordado, por exemplo, ao nível da supervisão de pares, no contexto laboral (Abreu, 2007). A título de exemplo, é interessante referir que muitos dos enfermeiros que participaram na aplicação deste jogo (fase 2), em conversas informais e externas à avaliação do jogo, referiram que habitualmente relacionavam este conceito à avaliação de competências e, por isso, entendiam que a SCE acrescenta pressão pela sensação de contínua avaliação das práticas clínicas.

Por outro lado, temos o conceito, este sim, muito recente - gamificação. Como referido, é um conceito que foi mais utilizado após 2010 e que, apesar de ser pouco conhecido, tem sido amplamente referido em todos os setores da sociedade. Trata-se de uso de elementos de jogo a contextos de não jogo de forma a manter a atenção, motivação e envolvimento dos utilizadores (Dantas t al., 2022). A gamificação está, por esses motivos, presente nos vários tipos de jogos, os

de entretenimento, simulação e jogos sérios, estes últimos enquadrados no campo educacional e na saúde, razão pela qual também na SCE (Dantas et al, 2022). Os jogos sérios utilizam a gamificação no sentido de criarem um propósito de jogo, isto é, criam um objetivo para os que o utilizam (Dantas et al., 2022). A este respeito, os jogos sérios têm ganho, cada vez mais popularidade na área da educação em saúde dados os comprovados benefícios no desenvolvimento de competência em enfermagem, quer ao nível dos estudantes quer em enfermeiros da prática clínica (Thangavelu et al, 2022). Os jogos sérios, utilizados na área da educação em saúde, mostram-se mais eficazes na assimilação e retenção de conhecimentos quando comparados com os métodos de saúde convencionais (Thangavelu et al., 2022). Os utilizadores apontam a motivação, o envolvimento, a interação como pontos altamentes potenciadores da aquisição de novos conhecimentos (Muangsrinoon & Boonbrahm, 2019).

A identificação de uma situação problema, como já referido, despoletou a pesquisa em torno da necessidade de formação dos enfermeiros que não tendo qualquer tipo de formação em SCE, desempenham funções na área, por se entender que, essa formação, ainda que, por exemplo, em contexto de formação interna de serviço, pudesse ser de extrema importância para suprir algumas necessidades de SCE, nomeadamente na integração de novos enfermeiros (integração de pares). Ao invés da metodologia tradicional, expositiva, equacionou-se a hipótese de utilizar um recurso gamificado, dadas as mais valias já descritas e relacionadas com a gamificação. Por esse motivo pesquisaram-se estudos que relacionassem a SCE e a gamificação, mais concretamente e especificamente, entre a utilização de jogos sérios na SCE de pares. Ou seja, a ausência de formalidade nos processos supervisivos de integração de pares num serviço hospitalar por parte de enfermeiros sem formação em SCE suscitou a pesquisa de ferramentas que possam ser úteis na reflexão sobre SCE por enfermeiros sem formação pós-graduada de forma a facilitar e aperfeiçoar os processos supervisivos de recém-enfermeiros. A pesquisa bibliográfica realizada não se demonstrou frutífera uma vez que a associação, na literatura, entre gamificação e SCE remete essencialmente para estudos relativos à utilização de jogos sérios, educacionais na supervisão de estudantes (Johnsen et al, 2016). Este foi um dos motivos pelo qual se optou, na ausência de um jogo sério com as características requeridas, pela construção de um protótipo de um jogo sério que conseguisse, de alguma forma, resolver a situação problema identificada.

Sendo a SCE um importante eixo na manutenção da segurança e qualidade dos cuidados nas suas múltiplas vertentes (Ordem dos Enfermeiros, 2018), é imprescindível que a SCE, mais

concretamente e tendo em linha de conta o estudo desta investigação, a supervisão de pares, tenha uma maior visibilidade e um maior esclarecimento dos seus objetivos seja desmistificado na medida em que promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros através de um relacionamento alicerçado no apoio mútuo com o objetivo de melhorar as práticas clínicas (Saab et al, 2020). Por esse motivo a SCE e os termos intrinsecamente relacionados são referenciados e descritos no Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Segundo este regulamento, o Enfermeiro Supervisor Clínico é o enfermeiro:

> *responsável pelo processo de supervisão que detém um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina e da profissão de Enfermagem e da Supervisão Clínica, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área, que num contexto de atuação e relação supervisivos promove o desenvolvimento pessoal e profissional. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios Éticos e a Deontologia Profissional, assegurando um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte com o supervisado, promotor do desenvolvimento de competência, garantindo a transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.16657).

Esta definição traduz, sem margem para dúvidas, as funções do enfermeiro enquanto supervisor clínico e, de certa forma, as características que este deve apresentar de forma a que seja um elemento significativo perante um estudante, par ou cuidador. Como é objetivado, é alguém que deve apresentar qualidades que transcendem as assistenciais. Este fator é importante para realçar que a elevada experiência profissional não é, de todo, sinónimo de elevada competência na área da supervisão, apesar de estar tudo intrinsecamente relacionado. Por este motivo, e apesar de, por vezes, alguns dos enfermeiros que não têm formação em SCE desconsideraram a importância desta formação específica, os que não a detêm, facilmente apresentam lacunas nos processos supervisivos que assumem. Esses processos, muitas vezes ditados e confundidos pelas características pessoais dos enfermeiros supervisores, estiveram descritos, sob a forma de casos fictícios, nos casos clínicos com base nas observações informais que foram realizadas no serviço em questão.

Ou seja, apesar dos enfermeiros do serviço alvo não terem formação pós-graduada em SCE, isso não determina, antes pelo contrário, que os enfermeiros não devam levar a cabo processos supervisivos de integração de recém-licenciados ou de enfermeiros recém-admitidos no serviço como está refletido no n.º 2 do artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

(REPE), aprovado pelo Decreto -Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, e alterado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de abril, que determina que são:

> *autónomas as ações realizadas pelos Enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 102).

Ainda a este respeito, é referido no n.º 6 do artigo 9.º do REPE que "os Enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: organizando, coordenado, executando, supervisando e avaliando a formação dos Enfermeiros" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 103). Estes factos comprovam que os enfermeiros não requerem ter formação nem competências acrescidas na área da SCE mas, contudo, isso pode implicar que os processos supervisivos que encetam possam carecer de enquadramento teórico ou de estratégias supervisivas adequadas. Por esse motivo, entende-se necessário desenvolver este protótipo de forma a melhorar a SCE de pares na ótica dos enfermeiros que assumem a SCE e na ótica dos enfermeiros que são integrados dado que a segurança e a qualidade dos cuidados é algo que não pode descurado ao longos destes processos supervisivos (Abreu, 2007).

Após este enquadramento e discussão relacionada com o objetivo geral, cumpre, neste momento, descriminar quais foram os objetivos específicos a que nos propusemos no decorrer desta investigação e que permitiram materializar o recurso gamificado proposto. Assim, estes englobam: (1) reunir os conteúdos de Supervisão Clínica em Enfermagem a integrar no constructo do recurso gamificado (fase 1); (2) validar os conteúdos de Supervisão Clínica em Enfermagem a integrar no constructo do recurso gamificado (fase 1); (3) construir o protótipo do recurso gamificado (fase 2) e (4) testar e avaliar o protótipo do recurso gamificado que facilite a reflexão sobre os constructos teóricos da Supervisão Clínica em Enfermagem (fase2).

Os objetivos 1 e 2, nomeadamente a reunião dos conteúdos da SCE e a sua validação, integraram a mesma metodologia de investigação – estudo Delphi (com recursos a peritos em SCE) sendo que os objetivos 3 e 4, além da óbvia construção propriamente dita do jogo, integraram na fase 4 o teste e avaliação do jogo com os enfermeiros da prática clínica.

No que se refere ao objetivo específico - **reunir os conteúdos de Supervisão Clínica em Enfermagem a integrar no constructo do recurso gamificado** - como já foi referido, a escassez de artigos que articulem a gamificação e a SCE, mais concretamente, os jogos sérios e a SCE de

pares, dificultou, inicialmente, a construção do conteúdo do protótipo sendo, que para contornar esse ponto, optou-se por agrupar os conteúdos programáticos dos vários cursos de SCE lecionados pelas diferentes escolas de enfermagem nacionais. A organização desses diferentes cursos possibilitou agregar diferentes conceitos chave e ideias centrais que serviram de base à construção do conteúdo de jogo, que se refere, neste contexto, às questões e respostas propostas para o jogo.

O segundo objetivo específico - **validar os conteúdos de Supervisão Clínica em Enfermagem a integrar no constructo do recurso gamificado** – implicou a realização de um estudo Delphi que permitiu a validação das questões, respostas e casos clínicos a integrar no jogo. Esse processo decorreu entre os meses de fevereiro e de março de 2023 e contou, no total, com 2 rondas. De um painel inicial de 59 peritos contou-se, na ronda I com a participação de 17 peritos (29,9% da amostra inicial) e na ronda II de 11 dos 17 da ronda I (64,7%). Estes números que se referem à desistência/abstenção dos participantes são explicados, em parte, pela teoria que está na base da metodologia Delphi. Segundo Rocha-Filho et al., 2019, há uma abstenção que varia entre os 30% e os 50% na primeira rodada, no caso do presente estudo a abstenção teve um valor superior, 70,1% o que pode ser explicado pelo desinteresse pelo tema, o facto de ser um tema pouco estudado e que retrata, eventualmente, um problema muito parcelar dentro da área da SCE e também explicado pela fadiga, também prevista, uma vez que uma das limitações encontradas neste estudo Delphi é o facto do questionário enviado ser extremamente longo e exigir uma atenção redobrada na correção de todas as 51 perguntas, 51 respostas, 10 casos clínicos e 10 propostas de abordagem dos casos clínicos (num total de 122 afirmações longas). Para tentar contornar o problema e ausência de respostas por parte dos peritos foram enviados lembretes espaçados, como é sugerido na teoria, de forma a lembrar os peritos que o estudo se encontrava em curso (Rocha-Filho et al., 2019). A este respeito, interessa referenciar que alguns dos peritos foram denotando que em alguns casos, as questões ou os casos clínicos, eram demasiadamente grandes o que poderia condicionar a aplicabilidade do jogo. Apesar deste aspeto referido, optou-se por não alterar as questões e/ou casos clínicos de forma a simplificar, nomeadamente, reduzir o seu conteúdo, uma vez que isso implicaria alterar grande parte da composição das questões e implicaria um alargamento e alteração da orientação para o qual este estudo Delphi estava previamente definido. Na ronda II a percentagem de abstenção foi de 35.3% o que, apesar de extrapolar o valor teórico, se encontra dentro do que normalmente caracteriza a abstenção de uma segunda ronda - 20% a 30% (Rocha-Filho et al., 2019). Concluída esta fase, da máxima importância, seguiu-se a fase de aplicação e teste do jogo.

A materialização do jogo, que diz respeito ao terceiro objetivo específico - **construir o protótipo do recurso gamificado** - foi sendo equacionada ao longo do decurso da etapa anterior, antes da obtenção das questões e casos clínicos validados. Optou-se por um jogo de tabuleiro, dadas as características que pretendíamos obter com a aplicação do jogo. Apesar do jogo de tabuleiro, ser cada vez menos selecionado quando comparado com os jogos digitais apresenta características muito específicas que permitem validar que a sua utilização, neste estudo, tem benefícios acrescidos face aos jogos digitais, mais individualizados, menos grupais (Martinez et al., 2023). Um jogo de tabuleiro requer um meio físico e um determinado número de regras. No caso do *"Game4NurseSupervisor",* foram apresentadas as regras que permitem a obtenção de um determinado objetivo de jogo, o de completar uma palavra na sua totalidade, contudo, o intuito do jogo sério, muito mais do que alcançar o objetivo é a reflexão que promove ao longo da sua aplicação. São, por isso, verdadeiras ferramentas de aprendizagem.

No último objetivo - **testar e avaliar o protótipo do recurso gamificado que facilite a reflexão sobre os constructos teóricos da Supervisão Clínica em Enfermagem** - os participantes da aplicação do jogo, e que procederam também à sua avaliação em termos de aplicação, referiram exatamente e destacaram esse fator. Ao permitirem a envolvência das pessoas, permite a interatividade, o dinamismo e, essencialmente, a reflexão. Simpson & Midgley (2023) destacam que a interação que este tipo de jogo proporciona tem impactos positivos na aprendizagem e na confiança dos envolvidos através das dinâmicas de trabalho em equipa e de integração social. Destaca-se a este propósito, que estas características da confiança e envolvimento do jogo não são inatas na aplicação do jogo, antes pelo contrário.

Os minutos iniciais, que implicam algumas jogadas, apresentaram-se pouco interativas, apesar de todos os membros se conhecerem entre si, contudo, o facto de também se tratar de uma estratégia de formação completamente diferente daquela a que estão profissionalmente habituados pode ditar e explicar este tipo de comportamento. De realçar que dos 25 participantes apenas 4%, que equivale a 1 participante, já tinha sido confrontado com uma estratégia gamificada em modo de jogo sério, para todos os outros, que incluíram muitos enfermeiros recém-licenciados, foi uma novidade. Este sentimento de maior constrangimento inicial por parte dos participantes é percetível dado que estão expostos a uma atividade para a qual não estão habituados a desenvolver e sentem-se, de certa forma, postos à prova. Isto dever-se-á, em grande parte, à ansiedade e desconfiança causada pelo medo do desconhecido (Gibson & Douglas, 2013). Depois de ultrapassada esta fase de maior timidez, rapidamente o

jogo de tabuleiro preenche um importante requisito para o qual se propõe, ou seja, o de proporcionar habilidades comunicacionais através da interação que é desenvolvida (Martinez et al., 2023). O facto de se estar em grupo e poder haver falta de competências ou de conhecimentos podem, também, proporcionar ansiedade e embaraço nos utilizadores de um jogo. Neste caso, sugere-se que o eventual moderador possa criar um ambiente de maior descontração, mostrando segurança e promovendo a cooperação muito mais do que a competição (Lickiewicz et al., 2020). É, também, referido na literatura que o facto de serem desenvolvidas questões de escolha múltipla, por exemplo, podem ajudar a reduzir a ansiedade relacionado com o medo de não saber responder e que está muito mais relacionada com as questões abertas (Lickiewicz et al., 2020).

Dado o elevado número de participantes em algumas das sessões, houve a necessidade de agrupar os enfermeiros de forma a que não participassem como jogadores individuais, mas, ao invés, em pequenos grupos de forma a não tornar o jogo demasiado demorado. Esta situação ocorreu logo na primeira sessão, onde estavam presentes 8 enfermeiros e se realizaram 4 equipas formadas por 2 enfermeiros cada uma. Já na segunda sessão, realizada com 4 enfermeiros, essa situação não teria sido necessária, contudo, e tendo como experiência a forma como decorreu a primeira sessão, automaticamente se sugeriu que os 4 enfermeiros se dividissem em 2 grupos para que jogassem em equipa. De facto, o jogo, inicialmente, não estava pensado para ser realizado em equipas, contudo, e dada a necessidade que se criou na primeira sessão, optou-se pela formação de equipas dado que, verbalizado inclusive pelos participantes, esse facto promoveu uma diminuição da ansiedade mais exacerbada quando a equipa fosse, apenas, um enfermeiro a jogar de forma individual. Num jogo sobre doente crítico, os autores referem que, no caso dos jogos de tabuleiro, é importante que o jogo se desenvolva à volta de equipas sendo que idealmente devem ser compostas por três elementos (Gibson & Douglas, 2013). No caso da dinâmica do jogo *"Game4NurseSupervisor",* optaram-se, na maioria, por equipas de 2 elementos, contudo, a justificativa pela opção em integrar 3 elementos numa equipa, e que decorreu da observação dos investigadores, recai sobre a maior oportunidade de discussão e debate. Essa discussão e debate são maiores quando havia mais do que 2 estudantes e menor do que quando haviam 4 ou 5 estudantes, onde a hipótese de um ou mais estudantes não se pronunciar era mais provável (Gibson & Douglas, 2013). Ou seja, a reflexão prevista para este jogo seria supostamente para ser alicerçada no confronto entre os vários jogadores individuais. Face a uma determinada pergunta, o jogador emitiria a sua opinião e criar-se-ia um determinado debate informal entre os restantes, contudo, e o que acabou por acontecer no

decorrer de todas as sessões, foi um debate interno entre cada equipa o qual foi alargado às restantes equipas com abertura para todos emitirem a sua opinião e/ou discordância. Este feedback, que deve ser sinónimo de diversão, é essencial e um ponto fulcral num jogo de tabuleiro (Jaffe, 2011).

Este jogo, especificamente, foi altamente influenciado pela partilha de reflexões, dúvidas e sugestões acerca da temática da supervisão de pares. Esta questão do feedback também poderá ser modelada pela moderação que o recurso pode contemplar. Necessariamente nas aplicações que estiverem tuteladas por um moderador, as oportunidades de reflexão associadas ao jogo serão mais evidentes do que no caso de um jogo auto-suficiente. Contudo, e ainda assim em qualquer uma das modalidades, é importante que o jogador, através do feedback dos outros jogadores, situe a sua posição no jogo, acompanhe as dinâmicas próprias do grupo de trabalho. É suposto, adicionalmente, que este feedback possa contribuir para a alteração de crenças ou práticas de forma a melhorar a sua performance profissional (Jaffe, 2011). Nas aplicações deste jogo houve, de alguma forma, e principalmente no início do jogo, um moderador, contudo, na verdade, este jogo foi idealizado para ser autossuficiente de forma a permitir que seja recriado sem a presença de um elemento moderador e perito na área. Esta recriação enquadra-se na possibilidade de uma reprodução ilimitada bem como na possibilidade de revisitar os seus conteúdos sempre que necessário como uma autêntica ferramenta de suporte. Esta intermediação, que entendemos ser necessária, pelo menos na fase inicial deste jogo é, na literatura, igualmente tida em consideração. Analogamente ao que aconteceu no decurso deste jogo, também o mediador, noutro tipo de jogos de tabuleiro, parece ter uma componente mais ativa na fase inicial da aplicação do jogo, contudo, depois de passada a fase de maior constrangimento, os utilizadores tendem a esquecer que está lá o mediador e todos, mesmos os menos participativos, tendem a participar e a interagir com os outros jogadores ou equipas (Gibson & Douglas, 2013).

A avaliação do jogo implicava o preenchimento de um questionário do tipo Likert que se seguia à formulação de duas perguntas abertas sobre as vantagens e desvantagens expressas e deduzidas através da experiência da utilização do jogo. Uma avaliação importante a reter é a perceção sobre o ajuste do jogo às características do público alvo. De alguma forma os participantes expressaram o seu desagrado com o facto de entenderem que uma das principais dificuldades seria a de integrar o jogo dentro do contexto clínico. Para ser bem conseguido e didaticamente proveitoso, o recurso gamificado deve ir de encontro às necessidades e

expectativas da população-alvo (Jaffe, 2011). Para esse efeito é necessário confirmar se o jogo se enquadra objetivamente dentro da temática – supervisão de pares – e dentro das necessidades da população – défice de conhecimentos sobre SCE. É certo que alguns dos participantes desta aplicação do jogo não representam os utilizadores alvo – supervisores clínicos sem formação pós-graduada – contudo, e o facto da sua grande maioria serem enfermeiros recém-licenciados, implica que se retratem, nas questões e, principalmente nos casos clínicos apresentados, e, por isso, identifiquem nos seus processos supervisivos, muitos deles relativamente recentes, as falhas e os conhecimentos elementares que os supervisores devem dominar para tornar a integração de enfermeiros mais facilitadora. Olympio e Alvim (2017), a este respeito, reiteram a necessidade do jogo ser adaptado aos contextos situacionais de forma a que os seus propósitos relacionados com a educação, sejam atingidos através da interação social, compartilhamento de conhecimentos e práticas proporcionados por um momento recreativo. É compreensível que a abrangência deste jogo seja estritamente restrita, implica um público alvo e uma característica atual de maior rotatividade dos elementos da equipa, contudo, também se defende que, em prol do que já foi evidenciado, esta será uma realidade cada vez mais presente, o da rotatividade das equipas, ou seja, é premente que os processos supervisivos de elementos recém-formados sejam mais frequentes nos vários contextos clínicos.

Uma das outras situações apontadas como dificultadoras da aplicação do jogo relaciona-se com o tempo disponível para a sua aplicação e com a dinâmica do jogo. Entende-se que estas questões têm, essencialmente a ver, com duas diferentes considerações: Por um lado, houve participantes que, tal como os peritos já o haviam referido (subcapítulo anterior), referiram que as questões são longas e que, além de se perder algum tempo na sua leitura, há a posterior necessidade de, muitas vezes, a reler o que atrasa substancialmente, o tempo disponível para o jogo. Isto acontece uma vez que se pretende que, não só a equipa a quem se destina a pergunta reflita na questão, mas sim, todos as outras equipas/elementos. Tal facto implica que a equipa leia a pergunta (de referir que para maximizar a compreensão do conteúdo da questão, eram os próprios elementos da equipa que liam o cartão devido) e que a releiam para as restantes equipas (ou seja, para as outras equipas não era tão fácil aprenderem a mensagem da questão). Todas estas nuances implicaram alguma perda de tempo e dificultou, em algumas questões, uma verdadeira discussão mais alargada. Algumas vezes coube ao moderador o resumo da questão para que as outras equipas pudessem, no menor tempo possível, intervirem e partilharem experiências ou conhecimentos. Sugere-se que, a este respeito, as questões e casos clínicos

possam ser reformulados no sentido de ser minimizado o seu conteúdo para facilitar a compreensão da mensagem e otimizar o tempo útil de jogo, evitando os espaços mortos dentro da estratégia gamificada. Por outro lado, entende-se que o número de jogadores/equipas possa ser um constrangimento ao desenvolvimento da dinâmica do jogo. Entende-se que mais do que 4 jogadores individuais (ou 4 equipas) possa implicar um tempo mais demorado de aplicação do jogo pelo que se sugestiona que, no caso de serem grupos com maiores dimensões (mais de 10 elementos) estes se possam organizar em equipas de 3 elementos e que não se excedam as 4 equipas, no final, como já tinha sido referido anteriormente. Ou seja, mais importante do que agrupar todos os elementos em equipas, e com isso formar equipas muito grandes, com mais de 3 elementos, é importantes aplicar o jogo mais do que uma vez de forma a conseguir que todos os elementos tenham a mesma oportunidade de participar ativamente no jogo (Lickiewicz et al., 2020). Ainda a este respeito, é importante referir que a criação de equipas, não é, de todo, uma desvantagem até porque, além de haver uma maior interatividade (na equipa e entre equipas), e dado que o público-alvo serão enfermeiros sem formação pós-graduada em SCE, o facto da resposta ser grupal possibilita que essa "falha" seja assumida pelo grupo, que aprende em conjunto, ao invés de ser assumido como um erro individual com outras eventuais consequências mais constrangedoras do ponto de vista pessoal e perante a equipa de trabalho.

Relativamente à avaliação quantitativa do jogo através do posicionamento dos participantes em cada item apresentado segundo uma escala do tipo Likert, ficou evidenciado que a média de avaliação situa-se no valor 4 "Concordo", o que explica a satisfação global dos participantes com o jogo. Assumiram-se que gostaram do jogo, que este tem uma componente de diversão, motivação e que a metodologia contribuiu para uma melhor compreensão dos conteúdos. Estes factos corroboram outros estudos na área da gamificação, nomeadamente dos jogos sérios em enfermagem.

De forma análoga, Fijačko et al. (2020) elaborou uma revisão da literatura onde apresenta diversos estudos que validam os benefícios comprovados e expressos pelos utilizadores na área da gamificação e da educação em saúde, estes mais direcionados para os estudantes. Ainda assim, entende-se que é válido fazer o paralelismo com este estudo levado a cabo com enfermeiros da prática clínica pela similaridade de situações no âmbito da saúde. Os vários estudos revisados destacam a aprendizagem positiva possibilitada pelas diferentes gamificações utilizadas e realçaram o envolvimento que estas estratégias promovem. Através de análise de dados comparável à realizada neste estudo: estatística descritiva e análise de conteúdo os

estudantes expressaram-se face ao nível adequado de envolvimento e ao nível de motivação atingido que desencadeou um progresso na aquisição de conhecimentos. Ou seja, a maioria dos estudantes inquiridos defendem que a gamificação, ou seja, a incorporação de elementos de jogo em jogos sérios, têm um efeito positivo na motivação para a aprendizagem.

Dos poucos estudos realizados com enfermeiros da prática clínica, enfermeiros recém-licenciados, Gibson & Douglas (2013), corroboram a utilidade de um jogo de tabuleiro na área de cuidados intensivos sobre a temática da criticalidade. Na verdade, os recém-formados assistiram a uma formação formal sobre a matéria e depois o jogo serviu de base de consolidação antes de uma avaliação sumativa. Os enfermeiros que aplicaram o jogo afirmaram que esta ferramenta foi útil e interativa e que ajudou os enfermeiros a identificaram os seus pontos fortes e fracos.

Reportando-nos às limitações deste estudo, uma delas relaciona-se com o número de participantes, essencialmente na fase de aplicação do jogo, uma vez que foram apenas 25 enfermeiros que testaram a aplicabilidade do jogo. Ou seja, entende-se que a validação do jogo através de uma amostra maior poderá sustentar, ainda mais a sua utilização. Intrinsecamente associado, entende-se que essa validação do jogo poderá advir de outros dois pontos, os instrumentos utilizados na avaliação e a frequência de aplicação desses mesmos instrumentos. Por outro era importante avaliar a sua utilização a médio e longo prazos, nomeadamente realizando avaliações iniciais (por exemplo na primeira utilização do jogo como realizado neste estudo) intermédias ou a médio prazo, depois de já ter sido utilizado pelos mesmos participantes num momento prévio (inicial) e a longo prazo de forma a avaliar o impacto da sua utilização.

Importa salientar, finalmente, as implicações práticas deste estudo de investigação. O Mestrado em SCE lecionado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, onde se insere este estudo de investigação, pretende desenvolver competências através de modelos de formação sustentados no conceito da formação entre pares, de forma a garantir a adequabilidade aos diferentes contextos onde, como supervisores clínicos, os enfermeiros possam intervir ativamente. O Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2018) valida e circunscreve os construtos desta atribuição de competência que confere ao enfermeiro "ferramentas para ultrapassar situações profissionais, com iniciativa e responsabilidade pela mobilização dos conhecimentos necessários a uma intervenção diferenciada acrescentando ganhos em saúde" (p. 16657). Ainda de acordo com o mesmo documento, a formação específica de um enfermeiro em SCE permite que este profissional

desenvolva, ao longo da sua prática profissional "um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, no decurso do acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais do supervisado que tem como finalidade o desenvolvimento pessoal e profissional deste e de si próprio" (Ordem dos Enfermeiros, p.16658). Desta forma, este Mestrado pretende dotar os enfermeiros de competência que lhes permitam identificar as necessidades em SCE, em qualquer um dos contextos – estudantes, pares e cuidadores – e, com isso permitir que sejam considerados elementos estratégicos para a promoção da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados. Nesse contexto, e particularizando para o objeto de estudo desta investigação, concluiu-se que a utilização deste jogo, direcionado para a supervisão de pares, tem como principais objetivos a melhoria das práticas supervisivas com consequentes implicações nas práticas assistenciais, ou seja, na garantia da qualidade e segurança em torno dos cuidados de enfermagem, tal como referenciado nos documentos que legislam a formação diferenciada e acrescida em SCE.

De acordo com o mesmo regulamento, as competências acrescidas atribuídas no contexto da formação em SCE, "permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade (…) potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo" (p. 16657). Mais do que as intervenções interdisciplinares, são, de facto, as intervenções autónomas que permitirão a construção de uma profissão com corpo de saberes próprio e devidamente consolidado. Este corpo de saberes é consolidado, entre outras formas, através da contribuição dos enfermeiros na vertente de investigação na qual os enfermeiros têm uma intervenção completamente autónoma (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Por este motivo, outro dos objetivos deste Mestrado implica o desenvolvimento de competências na investigação em SCE de forma a que se constitua como uma mais-valia para suportar a prática e o desenvolvimento da disciplina. Para isso, neste estudo, foi realizado um estudo de investigação que permitiu a construção de um recurso gamificado para o qual foi fundamental assegurar a validade do conteúdo do jogo, quer através da opinião dos peritos que validaram o conteúdo do jogo, quer através do desenvolvimento das etapas precisas que estão na base da construção de um recurso gamificado e, com isso, garantir a qualidade da estratégia que foi desenvolvida previamente ao desenvolvimento e aplicação do jogo.

CONCLUSÃO

Como sabemos, os avanços tecnológicos têm implicações na saúde mas não só, também a educação na saúde tem acompanhado as demandas da inovação digital e o termo – gamificação – é um conceito inovador que faz referência à introdução de elementos de jogo em situações de jogo não jogo designado de jogo sério, cada vez mais usado no ensino de enfermagem, com propósitos eduacionais. As novas gerações de estudantes a entrar no sistema educativo e a apelar a novas abordagens de aprendizagem de adultos, como a gamificação, a importância da didática tradicional parece estar a diminuir.

As facetas da gamificação, e os recursos gamificados que daí derivam, começaram a ser exploradas na área da enfermagem dada a potencialidade conhecida que estes recursos têm ao nível da motivação e na retenção dos conhecimentos.

Quando associamos o conceito de gamificação ao ensino da enfermagem há uma estreita ligação entre os jogos sérios, que usa a gamificação e atribui um propósito educativo ao jogo proposto, à SCE. A gamificação é um conceito relativamente novo e mais estreitamente ligado à SCE de estudantes, considerados em processo formativo de adultos, o que permite antecipar que, de forma análoga, os benefícios da gamificação podem também ser verificáveis na SCE de pares.

Por sua vez a SCE promove um acompanhamento profissional, através de um processo formal com vista à promoção da autonomia, desenvolvimento do sentido crítico em prol da obtenção e realização de cuidados seguros e de qualidade, por meio de processos de reflexão. No caso da SCE de pares, esta promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros através de um relacionamento alicerçado no apoio mútuo com o objetivo de melhorar as práticas clínicas.

Partindo dos referenciais teóricos destes dois conceitos – gamificação e SCE – estruturou-se uma estratégia que pudesse trazer benefícios no desenvolvimento de competências sobre SCE de enfermeiros supervisores, sem formação na área, responsáveis por processos supervisivos de integração a recém-licenciados de um serviço hospitalar.

A identificação desta situação problemática permitiu o desenvolvimento de um recurso gamificado – um jogo sério – designado de "Game4NurseSupervisor" com o objetivo de ser aplicado em serviços onde enfermeiros sem formação em SCE assegurem processos supervisivos no âmbito da supervisão de pares para que se acrescente valor formal e com adequado referencial teórico no âmbito da SCE.

Ao invés da metodologia tradicional, expositiva, optou-se pela construção de um protótipo de recurso gamificado, um jogo de tabuleiro, cujas etapas foram descritas ao longo do estudo. Numa primeira fase desenvolveu-se um estudo Delphi, desenvolvido 2 rondas, para validação das questões a integrar no jogo e a segunda fase inclui um grupo de 25 participantes que aplicaram o jogo e fizeram uma avaliação consequentemente à sua aplicação. Esta avaliação teve uma componente qualitativa e quantitativa sendo que os participantes foram convidados a preencher um questionário, criado para o efeito, com 2 perguntas abertas e itens para avaliar a concordância segundo uma escala tipo Likert.

O estudo concluiu que o jogo foi avaliado como satisfatoriamente positivo e válido para o efeito para o qual foi criado. Entre outras vantagens, os participantes da utilização do jogo referiram que o jogo, de forma comparativa com o encontrado na literatura, constitui-se como uma forma eficaz de abordar o tema de forma teórica quando comparada com a metodologia tradicional.

Defende-se que, atualmente, a gamificação é uma forma eficaz de ensinar o que, acessoriamente, ajuda a reter mais informação graças à maior motivação e interatividade. Foram exatamente esses alguns dos pontos destacados, como vantajosos, pelos participantes do jogo sendo que também foram expressas outras vantagens como o dinamismo, facto de ser lúdico e didático ao mesmo tempo. As desvantagens assentam, essencialmente na duração do jogo, no facto de não parecer estar adequado a grandes grupos, o que dificulta a dinâmica e a eventual dificuldade em ser integrado na dinâmica de cada serviço.

As principais conclusões permitem confirmar que o uso da gamificação, mais especificamente o uso de um recurso gamificado – jogo sério – é capaz de permitir aos utilizadores um pensamento em maior profundidade o que aprimora a capacidade de reflexão que se torna ainda mais vantajosa quando falamos de reflexão grupal possibilitada pela implementação de um jogo sério de tabuleiro. Os participantes deste estudo, quer os responsáveis pela aprovação das questões do jogo, quer os participantes na aplicação do jogo, referiram que a possibilidade de reflexão conjunta que este jogo proposto proporciona pode ser, sem dúvida, uma mais valia para o aumento das competências supervisivas dos enfermeiros que não têm formação pós-graduada

em SCE mas que assumem a tutoria de outros colegas em processo de integração no serviço. É, por isso, assumidamente descrito como didático, dinâmico e interativo. As principais desvantagens deste jogo concentram-se em questões operacionais e que podem, facilmente, ser contornadas para que se possa adequar aos mais diferentes de contextos clínicos. Foi descrito que o jogo deveria ter uma menor duração, tendo em linha de conta o tempo em serviço que fica disponível para este tipo de atividade/formação e que é desadequado para grandes grupos, o que, por sua vez está estritamente relacionado com o tempo necessário para que o jogo seja implementado. Ou seja, sugerem-se pequenos grupos para a aplicação do jogo o que, obrigatoriamente, implica um tempo de aplicação mais reduzido.

Apesar da identificação das limitações já descritas, e que, em parte muito se devem à amostra limitada de enfermeiros a quem foi aplicado o jogo é importante referir que o "Game4NurseSupervisor" revelou-se uma estratégia formativa gamificada, em alternativa à estratégia expositiva, tradicionalmente utilizada.

É, por esse motivo, que as implicações da utilização do jogo estão associadas a uma melhor performance dos enfermeiros com funções na SCE de pares, na medida em que permite uma reflexão e aquisição de conhecimentos que podem ser úteis durante a prática supervisiva. É interessante refletir que este instrumento disponibilizado num serviço pode permitir, a reprodutibilidade em termos de recurso gamificado propriamente dito, em grupo e em contexto formativo formal, mas também pode ser um inovador instrumento de consulta que permita a reflexão individual, em contexto formativo informal.

Após a concretização deste estudo é possível afirmar que o objetivo geral, bem como os específicos, fora alcançado na medida em que foi criado um recurso gamificado capaz de responder às principais necessidades formativas dos enfermeiros que, não sendo enfermeiros supervisores, exercem funções de forma recorrente, na SCE de pares.

Tal como já fora também adiantado, é naturalmente desejável que este estudo possa vir a ser replicado de forma a validar e consolidar a sua aplicabilidade junto do público alvo no sentido de melhorar as práticas assistenciais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico – Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Formasau

Aparício, C., & Nicholson, J. (2020). Do preceptorship and clinical supervision programmes support the retention of nurses? *British Journal of Nursing*, *29*(20), 1192–1197. https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.20.1192

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. (1ª ed). Almedina Brasil. https://pt.scribd.com/document/614368378/Analise-de-Conteudo-Bardin-livro-2016#

Barrett, D., & Heale, R. (2020). What are Delphi studies? *Evidence-Based Nursing*, *23*(3), 68–69. https://doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103303

Bifarin, O., & Stonehouse, D. (2017). *Bifarin & Stonehouse (2017) - Nursing Practice*. *26*(6). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28345984/

Brull, S., Finlayson, S., Kostelec, T., Macdonald, R., & Krenzischeck, D. (2017). Using Gamification to Improve Productivity and Increase Knowledge Retention during Orientation. *Journal of Nursing Administration*, *47*(9), 448–453. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000512

Carvalho, A. (2016). *A Supervisão Clínica no Processo de Integração de Enfermeiros*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto] *. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/

Castro, T. C., & Gonçalves, L. S. (2018). The use of gamification to teach in the nursing field. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(3), 1038–1045.

Chang, C. Y., Kao, C. H., Hwang, G. J., & Lin, F. H. (2019). From experiencing to critical thinking: a contextual game-based learning approach to improving nursing students' performance in Electrocardiogram training. *Educational Technology Research and Development*, *68*(3), 1225–1245. https://doi.org/10.1007/s11423-019-09723-x

Chang, Y.S., Hu, S., Kuo, S.W., Chang, K.M., Kuo, C.L., Nguyen, T.V. & Chuang, Y.H. (2022). Effects of board game play on nursing students' medication knowledge: A randomized controlled trial. *Nurse Education in Practice, 63*. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103412

Coelho, M., Esteves, I., Mota, M., Santos, M. P., Santos, M. R., & Pires, R. (2022). Supervisão Clínica do Enfermeiro na comunidade para promover a qualidade do cuidado prestado pelo cuidador: protocolo de revisão de escopo. *Millenium, 2(18),* 83–89. http://hdl.handle.net/10400.26/43747

Craddock, T. (2017). *New Nurse Huddle Pilot to Improve New Graduate Nurse Retention*. [Doctoral Dissertation, James Madison University]*. James Madison University ProQuest Dissertations Publishing.

https://www.proquest.com/openview/259e9be9355c7488aa19dcf18082db13/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750

Damaševičius, R., Maskeliūnas, R., & Blažauskas, T. (2023). Serious Games and Gamification in Healthcare: A Meta-Review. *Information (Switzerland)*, *14*(2). https://doi.org/10.3390/info14020105

Dantas, G., Azevedo, J., Azevedo, H. & Freitas, F. (2022). Learn to identify and differentiate gamification and serious play. *Revista Conexão na Amazônia, 3,* 50-66. https://periodicos.ifac.edu.br/index.php/revistarca/article/view/133

Dantas, H. L. de L., Costa, C. R. B., Costa, L. de M. C., Lúcio, I. M. L., & Comassetto, I. (2022). Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, *12*(37), 334–345. https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345

Davis, C. (2021). Gamification brings effective learning, along with a bit of fun, to nurse education. *Healthcare Leadership Review, 40(5)*, https://www.healthleadersmedia.com/nursing/gamification-brings-effective-learning-along-bit-fun-nurse-education

Demiray, A., & Keskin Kiziltepe, S. (2022). The Effect of Computer Based Game on Improving Nursing Students' Basic Life Support Application Skills: Experimental Study. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *14*(1), 106–114. https://doi.org/10.5336/nurses.2021-83054

Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, *67*(4), 401–409. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002

Dixon, G. D. (2003). *Clinical supervision: a key to treatment success, available from: www.scattc.org.*

Driscoll, J., Stacey, G., Harrison-Dening, K., Boyd, C., & Shaw, T. (2019). Enhancing the quality of clinical supervision in nursing practice. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, *34*(5), 43–50. https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11228

Figueira, A. (2016). *Perceção dos enfermeiros sobre as competências de supervisão clínica*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viseu] *. Repositórios Científicos do Instituto Politécnico de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3379

Fijačko, N., Gosak, L., Debeljak, N., Skok, P., Štiglic, G. & Cilar, L. (2020). Gamification in nursing: a literature review. *Obzornik zdravstvene nege, 54(2),* 133–152. https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2991

García-Viola, A., Garrido-Molina, J. M., Márquez-Hernández, V. V., Granados-Gámez, G., Aguilera-Manrique, G., & Gutiérrez-Puertas, L. (2019). The influence of gamification on decision making in nursing students. *Journal of Nursing Education*, *58*(12), 718–722. https://doi.org/10.3928/01484834-20191120-07

Garett, R., & Young, S. D. (2019). Health Care Gamification: A Study of Game Mechanics and Elements. *Technology, Knowledge and Learning*, *24*(3), 341–353. https://doi.org/10.1007/s10758-018-9353-4

Gibson, V., & Douglas, M. (2013). Criticality: The experience of developing an interactive educational tool based on board games. *Nurse Education Today*, *33*(12), 1612–1616. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.01.022

Girão, A. L. A., Santos, M. N. O., Chaves, E. M. C., Gomes, E. B., Oliveira, S. K. P. & Carvalho, R., E. F. L. (2023) Development of a Serious Virtual Reality Game for Medication Preparation and Administration Training. *CIN: Computers, Informatics, Nursing, 41(4)*, 223-229. *DOI:* 10.1097/CIN.0000000000000820

Gauthier, A., Kato, P. M., Bul, K. C. M., Dunwell, I., Walker-Clarke, A., & Lameras, P. (2019). Board Games for Health: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Games for Health Journal*, *8*(2), 85–100. https://doi.org/10.1089/g4h.2018.0017

Jaffe, L. (2011). Games are Multidimensional in Education Situations. In Bradshaw, M. & Lowenstein, A. (Eds), *Innovative Teaching Strategies in Nursing and Related Health Professions* (5ª ed., pp 175 – 186). Jones and Bartlett Publishers. https://samples.jblearning.com/9781284170177/9781284170177_Bradshaw8e_FMxx_SECURE.pdf

Johnsen, H. M., Fossum, M., Vivekananda-Schmidt, P., Fruhling, A., & Slettebø, Å. (2016). A serious game for teaching nursing students clinical reasoning and decision-making skills. *Studies in Health Technology and Informatics*, *225*, 905–906. https://doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-905

King, C., Edlington, T., & Williams, B. (2020). The "ideal" clinical supervision environment in nursing and allied health. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *13*, 187–196. https://doi.org/10.2147/JMDH.S239559

Koivisto, J. M., Havola, S., Engblom, J., Buure, T., Rosqvist, K., Haavisto, E. (2023) Nursing Students' Scenario Performance: Game Metrics in a Simulation Game. *Nursing Education Perspectives 44(4)*, 222-228. D*OI:* 10.1097/01.NEP.0000000000001094

Lickiewicz, J., Hughes, P., & Makara-Studzińska, M. (2020). The use of board games in healthcare teaching. *Problemy Pielęgniarstwa*, *28*(2), 71–74. https://doi.org/10.5114/ppiel.2020.98766

Mackay, M., & Jans, C. (2022). Facilitating person-centred learning between nursing students and clinical supervisors in practice: guideline and programme development. *International Practice Development Journal*, *12*(1), 1–15. https://doi.org/10.19043/ipdj.121.003

Maheu-Cadotte, MA., Dubé, V. & Lavoie, P. (2023). Development and Contribution of a Serious Game to Improve Nursing Students' Clinical Reasoning in Acute Heart Failure: A Multimethod Study. *Comput Inform Nurs, 41(6),* 410-420. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36729896/

Malicki, A., Vergara, F. H., Van de Castle, B., Goyeneche, P., Mann, S., Scott, M. P., Seiler, J., Meneses, M. Z. (2020). Gamification in Nursing Education: An Integrative Literature Review. *Journal of Continuing Education in Nursing, 2020;51(11),* 509–515. https://doi.org/10.3928/00220124-20201014-07

Markey, K., Murphy, L., O'Donnell, C., Turner, J., & Doody, O. (2020). Clinical supervision: A panacea for missed care. *Journal of Nursing Management*, *28*(8), 2113–2117. https://doi.org/10.1111/jonm.13001

Martinez, L., Gimenes, M., & Lambert, E. (2023). Video games and board games: Effects of playing practice on cognition. *PLoS ONE*, *18*(3 March), 1–19. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283654

Mawhirter, D. A., & Garofalo, P. F. (2016). Expect the unexpected: Simulation games as a teaching strategy. Clinical Simulation in Nursing, 12(4), 132–136.

McDougall, A. (2018). When I say … gamification. *Medical Education*, *52*(5), 469–470. https://doi.org/10.1111/medu.13481

Mercier, M., & Lubart, T. (2021). The effects of board games on creative potential. *Journal of Creative Behavior*, *55*(3), 875–885. https://doi.org/10.1002/jocb.494

Mitchell, G., Leonard, L., Carter, G., Santin, O., & Brown Wilson, C. (2021). Evaluation of a 'serious game' on nursing student knowledge and uptake of influenza vaccination. *PLoS ONE*, *16*(1 January), 1–14. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245389

Muangsrinoon, S., & Boonbrahm, P. (2019). Game elements from literature review of gamification in healthcare context. *Journal of Technology and Science Education*, *9*(1), 20–31. https://doi.org/10.3926/jotse.556

Niederberger, M., & Spranger, J. (2020). Delphi Technique in Health Sciences: A Map. *Frontiers in Public Health*, *8*(September), 1–10. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00457

O'Neill, K., Robb, M., Kennedy, R., Bhattacharya, A., Dominici, N. R., & Murphy, A. (2018). Mobile technology, just-in time learning and gamification: Innovative strategies for a CAUTI education program. Online Journal of Nursing Informatics, 22(2). Retrieved from https://www.himss.org/library/mobile-technology-just-time-learning andgamification-innovative-strategies-cauti-education-program

Olympio, P. C. de A. P., & Alvim, N. A. T. (2018). Board games: gerotechnology in nursing care practice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71 2*(suppl 2), 818–826. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0365

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Alteração ao Regulamento n.º 366/2018, de 14 de junho — competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19822/0024100244.pdf

Pires, R., Santos, M., Pereira, F. & Pires, M. (2020). Estratégias de Supervisão Clínica: Análise Crítico-Reflexiva das práticas. *Millenium 2(14).* 47 – 55. http://hdl.handle.net/10400.26/36379

Proctor, B. (1986). Supervision: A co-operative exercise in accountability. National Youth Bureau

Reschke, D. J., Medoro, L., Dawber, C., & Millear, P. M. (2021). Group clinical supervision for nurses: Process, group cohesion and facilitator effect. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *38*(3), 66–74. https://doi.org/10.37464/2020.383.221

Robinson, J., Engward, H., Godier-McBard, L., & Jones, K. (2022). Does registered nurse involvement in improving healthcare services, influence registered nurse retention? *Journal of Research in Nursing*, *27*(6), 545–557. https://doi.org/10.1177/17449871211058853

Rocha, I. A. da R. e. S., Pinto, C. M. C. B., & de Carvalho, A. L. R. F. (2021). Impact of clinical supervision on job satisfaction and emotional competence of nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *74*(6), 1–8. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0125

Rocha-Filho, C. R., Cardoso, T. C., & Dewulf, N. de L. S. (2019). Método e-delphi modificado: um guia para validação de instrumentos avaliativos na área da saúde. In *Método e-delphi modificado: um guia para validação de instrumentos avaliativos na área da saúde*. https://doi.org/10.31012/978-65-5016-268-9

Roche, C.C., Wingo, N. P., Westfall, A.O., Azuero, A., Dempsey, D. M., & Willig, J. H. (2018). Educational analytics: A new frontier for gamification? CIN: Computers, Informatics, Nursing, 36(9), 458–465.

Saab, M. M., Kilty, C., Meehan, E., Goodwin, J., Connaire, S., Buckley, C., Walsh, A., O'Mahony, J., McCarthy, V. J. C., & Horgan, A. (2021). Peer group clinical supervision: Qualitative perspectives from nurse supervisees, managers, and supervisors. *Collegian*, *28*(4), 359–368. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.11.004

Sarker, U., Kanuka, H., Norris, C., Raymond, C., Yonge, O., & Davidson, S. (2021). Gamification in nursing literature: An integrative review. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, *18*(1), 389–395. https://doi.org/10.1515/ijnes-2020-0081

Sarvan, S. & Efe, E. (2022). The effect of neonatal resuscitation training based on a serious game simulation method on nursing students' knowledge, skills, satisfaction and self-confidence levels: A randomized controlled trial. *Nurse Education Today, 111*. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105298

Schon. D. (1987). *Educating the Reflective Practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions.* (1st ed.). Jossey-Bass Publishers. www.daneshnamehicsa.ir/userfiles/file/Manabeh/Educating%20the%20reflective%20practitioner.pdf

Shang, Z. (2023). Use of Delphi in health sciences research: A narrative review. *Medicine (United States)*, *102*(7), E32829. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000032829

Silva, A. T. H., Azevedo, T. F., Barrêto, D., M. S., Marinho, J. I. & Andrade, L. L. (2023). Use of learning games for teaching nursing theories. *Revista Enfermagem Atual, 97(2).* https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1769

Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico – Revisão sistemática da literatura Supervision of nursing students during clinical education – Systematic literature review Supervisión de estudiantes de enfermería en enseñanza clínica – Revisión. *Abstract Resumen*, 113–122. http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239962017.pdf

Simpson, K. & Midgley, K. (2023). Learning through fun: board games cafés for undergraduate nursing students. *British Journal of Nursing, 32 (8),* 384 - 389. https://doi.org/10.12968/bjon.2023.32.8.384

Snowdon, D. A., Leggat, S. G., Harding, K. E., Boyd, J., Scroggie, G., & Taylor, N. F. (2020). The association between effectiveness of clinical supervision of allied health professionals and improvement in patient function in an inpatient rehabilitation setting. *Disability and Rehabilitation*, *42*(8), 1173–1182. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1518493

Snowdon, D., Leggat, S. & Taylor, N. (2017). Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health*

Services Research, 17 (786). https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2739-5

Teixeira, M. J. C., de Abreu, W. J. C., & da Costa, N. M. V. N. (2016). Family Caregivers of Terminally Ill Patients at Home: Contributions for a Supervision Model. *Revista de Enfermagem Referencia*, *4*(8), 65–74. https://doi.org/10.12707/RIV15054

Thangavelu, D. P., Tan, A. J. Q., Cant, R., Chua, W. L., & Liaw, S. Y. (2022). Digital serious games in developing nursing clinical competence: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, *113*(April), 105357. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105357

Trevelyan, E. G., & Robinson, N. (2015). Delphi methodology in health research: How to do it? *European Journal of Integrative Medicine*, *7*(4), 423–428. https://doi.org/10.1016/j.eujim.2015.07.002

Van Gaalen, A. E. J., Brouwer, J., Schönrock-Adema, J., Bouwkamp-Timmer, T., Jaarsma, A. D. C., & Georgiadis, J. R. (2021). Gamification of health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, *26*(2), 683–711. https://doi.org/10.1007/s10459-020-10000-3

Visiers-Jiménez, L., Suikkala, A., Salminen, L., Leino-Kilpi, H., Löyttyniemi, E., Henriques, M. A., Jiménez-Herrera, M., Nemcová, J., Pedrotti, D., Rua, M., Tommasini, C., Zeleníková, R., & Kajander-Unkuri, S. (2021). Clinical learning environment and graduating nursing students' competence: A multi-country cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences*, *23*(2), 398–410. https://doi.org/10.1111/nhs.12819

Volejnikova-Wenger, S., Andersen, P. & Clarke, K. A. (2021). Student nurses' experience using a serious game to learn environmental hazard and safety assessment. *Nurse Education Today, 98*. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104739

Woolwine, S., Romp, C. R., & Jackson, B. (2019). Game On: Evaluating the Impact of Gamification in Nursing Orientation on Motivation and Knowledge Retention. *Journal for Nurses in Professional Development*, *35*(5), 255–260. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000570

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Anexo 1 à Ata nº 2/2023

COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CE-ESEP

Parecer ao Projeto:
Utilização da gamificação para promover o conhecimento sobre supervisão clínica em enfermagem: Desenvolvimento de um protótipo

Fluxo: CE_4/2023 **Data da submissão: 20-01-2023**

Documentos anexos ao pedido de parecer
Modelo 46 - Ficha de apresentação de projeto de investigação
Modelo 92 - Questionário para submissão de projeto de investigação à comissão de ética da ESEP (NursingGames)
Modelo 102 - Pedido de apreciação e parecer à comissão de ética
Consentimento informado
Questionário peritos
Questionário II avaliação jogo
Proposta de questões, cenários clínicos, jogo
Autorizações da utilização dos instrumentos
CV Inês Santos

Investigadora proponente: Ana Inês Silva Fonseca Loureiro dos Santos Almeida

Nome do investigador principal/orientador: Professoras Carla Silvia Neves da Nova Fernandes e Cristina Maria Correia Barroso Pinto

Contexto do projeto: No âmbito do Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem no projeto de investigação NursingGames (http://i-d.esenf.pt/nursinggames/), no subprojeto Nursing Game SelfCare.

Data de início: 2022-10-14. Data **previsível de conclusão:**2023-09-30. Instituição **participante:** ESEP

Objetivo geral: desenvolver um protótipo de um recurso gamificado que promova o conhecimento sobre supervisão clínica em enfermagem.

Específicos:
-Reunir os conteúdos de supervisão Clínica em enfermagem a integrar no Constructo do recurso gamificado.
-Validar os conteúdos de supervisão Clínica em enfermagem a integrar no Constructo do recurso gamificado.
-Construção do protótipo do recurso gamificado.
-Testar o protótipo do recurso gamificado que facilite a reflexão sobre os constructos teóricos da Supervisão Clínica em Enfermagem.
Metodologia: Informam que o estudo segue as etapas do desenvolvimento de um recurso gamificado com duas fases distintas. Numa primeira fase será realizado um estudo delphi com 20 peritos para validar os conceitos que constituem os conteúdos do jogo, da qual resultará a construção do design do jogo de tabuleiro. A segunda visa testar a validação do jogo com enfermeiros.

Participantes: Vinte peritos selecionados via email por bola de neve que devem possuir investigação, formação pós-graduada, mestrado ou doutoramento no âmbito da supervisão clínica, ou ser formador em cursos de supervisão clínica. A segunda etapa integra participantes enfermeiros a trabalharem em contextos, onde realizam supervisão de estudantes da licenciatura em Enfermagem. Os participantes serão selecionados através de amostra do tipo bola de neve.

Instrumento de recolha de dados:
Documentos em anexo: Formulário de avaliação do jogo peritos (Grupo de Caracterização sociodemográfica e quatro Temas em grupos diferentes); Formulário de avaliação do jogo_ participantes (Grupo de Caracterização sociodemográfica, European Portuguese Validation of the System Usability Scale - SUS, Martins et al., 2015 e a Escala IAEF instrumento de avaliação de estratégia de formação).

Riscos e benefícios: Referem como benefícios potenciais do estudo a aquisição de conhecimentos por parte dos enfermeiros sem formação em supervisão clínica em enfermagem, mas com responsabilidades práticas no contexto da referida área, de uma forma dinâmica e interativa, contribuindo, igualmente, para o avanço de conhecimentos da área. Informam ainda que os participantes não correrão nenhum risco de participação.

Consentimento e confidencialidade da informação:
Na informação disponibilizada consta o consentimento informado, para a participação no estudo assim como, de que os dados serão codificados e usados apenas para esta investigação, sendo guardados numa base de dados à qual terão acesso apenas os investigadores envolvidos na investigação, e destruídos seis meses após o término da investigação.

Parecer:

Após análise dos documentos apresentados, considera esta Comissão que nada tem a opor à realização do estudo.

ESEP, 07 de fevereiro de 2023

O relator e Vice-Presidente da Comissão de Ética

Elisabete Borges

ANEXO II - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Utilização da gamificação para promover o conhecimento sobre supervisão clínica em enfermagem: Desenvolvimento de um protótipo

Enquadramento: Aproveitando os já conhecidos benefícios da utilização da gamificação no ensino e em outras áreas da saúde, equacionamos a hipótese de criar um instrumento gamificado e, simultaneamente, facilitador para quem tem que assumir funções de supervisor. Assim, entendemos que um jogo físico, de caráter reflexivo e de partilha de experiências, pode dotar todos os profissionais de conhecimentos no âmbito da Supervisão Clínica em Enfermagem.

Explicação do estudo: Este estudo segue as etapas do desenvolvimento de um recurso gamificado. Numa primeira fase será realizado um estudo delphi com peritos para validar os conceitos que constituem os conteúdos do jogo. Os peritos serão selecionados por amostragem de bola de neve. Posteriormente far-se-á a construção do protótipo de jogo que será testado, na última fase, através da sua aplicação a um conjunto de profissionais de enfermagem. Esta amostra do tipo não probabilística será com recurso a bola de neve.

Condições: A recolha de dados será realizada pelos investigadores que participaram no grupo de pesquisa. A participação nesta investigação é livre, ciente de que a participação é voluntária e de que está livre de em qualquer momento retirar o consentimento sem nenhuma espécie de prejuízo. A equipa de investigação cumprirá as orientações de cariz ético e deontológico que regulam a investigação neste domínio. A recolha de dados foi aprovada pela Comissão de Ética.

Confidencialidade e anonimato: Os investigadores deste projeto responsabilizam-se pela confidencialidade e anonimato dos participantes e dos dados recolhidos. Os participantes em nenhum momento serão identificados pelo nome. Os dados provenientes serão usados apenas para esta investigação, ficando guardados numa base de dados à qual terá acesso apenas os investigadores envolvidos na investigação, e serão destruídos seis meses após o término da investigação. De modo a garantir a privacidade, anonimato e confidencialidade será efetuada a codificação de dados. Caso, demostre interesse, os resultados do estudo ser-lhe-ão facultados.

Assinatura/s dos Investigadores:

Ana Inês Silva Fonseca Loureiro dos Santos Almeida

inesfonsecasantos@hotmail.com

… …

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: …

BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ….. /….. /……..

Assinatura: … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Utilização da gamificação para promover o conhecimento sobre supervisão clínica em enfermagem: Desenvolvimento de um protótipo

Enquadramento: Aproveitando os já conhecidos benefícios da utilização da gamificação no ensino e em outras áreas da saúde, equacionamos a hipótese de criar um instrumento gamificado e, simultaneamente, facilitador para quem tem que assumir funções de supervisor. Assim, entendemos que um jogo físico, de caráter reflexivo e de partilha de experiências, pode dotar todos os profissionais de conhecimentos no âmbito da Supervisão Clínica em Enfermagem.

Explicação do estudo: Este estudo segue as etapas do desenvolvimento de um recurso gamificado. Numa primeira fase será realizado um estudo delphi com peritos para validar os conceitos que constituem os conteúdos do jogo. Os peritos serão selecionados por amostragem de bola de neve. Posteriormente far-se-á a construção do protótipo de jogo que será testado, na última fase, através da sua aplicação a um conjunto de profissionais de enfermagem. Esta amostra do tipo não probabilística será com recurso a bola de neve.

Condições: A recolha de dados será realizada pelos investigadores que participaram no grupo de pesquisa. A participação nesta investigação é livre, ciente de que a participação é voluntária e de que está livre de em qualquer momento retirar o consentimento sem nenhuma espécie de prejuízo. A equipa de investigação cumprirá as orientações de cariz ético e deontológico que regulam a investigação neste domínio. A recolha de dados foi aprovada pela Comissão de Ética.

Confidencialidade e anonimato: Os investigadores deste projeto responsabilizam-se pela confidencialidade e anonimato dos participantes e dos dados recolhidos. Os participantes em nenhum momento serão identificados pelo nome. Os dados provenientes serão usados apenas para esta investigação, ficando guardados numa base de dados à qual terá acesso apenas os investigadores envolvidos na investigação, e serão destruídos seis meses após o término da investigação. De modo a garantir a privacidade, anonimato e confidencialidade será efetuada a codificação de dados. Caso, demostre interesse, os resultados do estudo ser-lhe-ão facultados.

Assinatura/s dos Investigadores:

Ana Inês Silva Fonseca Loureiro dos Santos Almeida

inesfonsecasantos@hotmail.com

… …

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: …

BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ….. /….. /……..

Assinatura: … Data: …… /…… /……..

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE … PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

ANEXO III – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO JOGO – FASE 2

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO JOGO_ PARTICIPANTES

ID | | | |

Parte I - Dados sociodemográficos

1.Género: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: _____

3. Estado Civil:

Solteiro(a) ☐

Casado (a)/União de facto ☐

Divorciado (a)/Separado(a) ☐

Viúvo(a) ☐

4. Habilitações Académicas: _____

5. Especialidade: _____

6. Tempo de Atividade profissional (anos):_____

7. Local de Atividade profissional:_____

8. Experiência em supervisão de estudantes:

Sim ☐

Não ☐

Anos: _____

9. Formação em supervisão:

Pós-graduação ☐

Mestrado ☐

Outra ☐

Parte II – Experiência do jogo

1. Já tinham tido contacto com estes tipos de instrumentos numa outra situação?

Sim ☐ Não ☐

2. Enuncie vantagens utilização deste jogo?

_____

_____

3. Enuncie duas desvantagens na utilização deste jogo?

_____

_____

4. Avaliação do Jogo

Qual a sua opinião do jogo durante a sua utilização. Numa escala de 1 a 5, em que 1 significa discordo completamente e 5 concordo completamente, preencha a tabela 2

	Discordo completamente 1	Discordo 2	Indiferente 3	Concordo 4	Concordo completamente 5
Gosto bastante do Jogo					
O Jogo é divertido					
A utilização deste jogo contribui para a melhor compreensão dos conteúdos.					
O tempo destinado a aplicabilidade deste jogo é adequado					
Considera que a aprendizagem decorrente da utilização deste jogo terá impacto ao nível do seu desempenho na prática					
A utilização deste jogo contribui para a motivação dos Formandos					
Sentiu evolução dos seus conhecimentos com a utilização deste jogo					
Pretende vir a aplicar os conhecimentos que adquiriu com esta atividade					
O momento proporcionado pelo jogo incentivou a participação dos formandos					
Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem					
A duração do jogo é adequada para permitir aprendizagem					

Obrigada pela sua participação

ANEXO IV - ESTUDO DELPHI - RONDA I

TEMA 1 - FUNÇÕES DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Identifique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

1. Não existe uma definição consensual para a SCE, contudo, de acordo com as opções seguintes, selecione a opção que traduza, de forma mais completa, o seu propósito:

a. Um processo de habilitação que proporciona oportunidades para o crescimento profissional;

b. Processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, com o objetivo de estruturar a aprendizagem, construir o conhecimento e desenvolver competências profissionais, analíticas e reflexivas;

c. Processo formal que permite aos enfermeiros desenvolverem as suas competências e conhecimentos com recurso à avaliação da capacidade de mobilização das componentes teóricas para a prática.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

2. Selecione a afirmação que melhor descreve os processos incluídos na SCE:

a. Dinâmico, interpessoal e formal de suporte ao desenvolvimento das competências profissionais;

b. Linear e exclusivamente direcionado para as características da prestação de cuidados expectável;

c. Expositivo, observacional com avaliação crítica de desempenho profissional.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

3. O processo de acreditação das instituições da saúde relaciona-se com a validação da qualidade nos serviços prestados. De acordo com esta afirmação, podemos considerar que o processo de acreditação das instituições da saúde:

a. É um processo paralelo e não relacionado com os processos de SCE mas que serve para identificar as instituições com os profissionais de saúde mais competentes;

b. Surge como um resultado indireto e dependente dos processos de SCE que assentam na promoção do desenvolvimento de competências clínicas;

c. É um fator que depende dos processos de SCE na medida em que a validação da qualidade dos cuidados se baseia na avaliação de competências dos profissionais da saúde que integram a instituição.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

4. Assinale a opção mais correta e que reflete as componentes a ter em conta no supervisado no contexto do acompanhamento das práticas clínicas:

a. Desenvolvimento de habilidades, atitudes e capacidade de tomada de decisão;

b. Habilidades da prática clínica e ajustamento das características pessoais dos vários intervenientes;

c. Conhecimentos teóricos, preocupações éticas e relacionamento profissional.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

5. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A SCE tem como principal objetivo a promoção da satisfação profissional dos enfermeiros supervisores e supervisados através do reforço positivo (Falso)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

6. O sucesso do processo supervisivo depende de alguns fatores que devem nortear, quer o supervisor, quer o supevisado, no atingimento da competência profissional exigida pelo mandato social da profissão. Assinale a opção que integra todos os fatores a ter em linha de conta no contexto do processo supervisivo:

a. Habilidades técnicas e comunicacionais adequadas à exigência dos cuidados clínicos prestados;

b. Formação, suporte emocional e desenvolvimento de responsabilidade profissional;

c. Desenvolvimento dos conhecimentos teóricos e autonomia profissional focalizada na segurança dos doentes.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

7. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: O processo de SCE deverá ser orientado para o desenvolvimento das componentes educativas (desenvolvimento de competências), normativas (competências e padrões organizacionais) e restaurativas (suporte emocional). (Verdadeiro)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

8. A teoria de Proctor fundamenta um dos modelos mais comumente aceites na SCE. Assenta sobre 3 componentes – formativa, normativa e restauradora - que considera fundamentais e indissociáveis. Com base nesta informação assinale a opção falsa.

a. A função normativa diz respeito à importância do supervisado conhecer todas as normas institucionais referentes a cada procedimento instrumental;

b. A função restaurativa prevê o apoio ao supervisado para que consiga lidar com as emoções, dificuldades ou expectativas;

c. A função formativa proporciona o desenvolvimento de habilidades, compreensão e reflexão crítica.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

9. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: No processo supervisivo, a função normativa diz respeito à capacidade do supervisor assegurar o desenvolvimento profissional do supervisado de forma congruente com o cumprimento de normas e de protocolos de atuação. (Verdadeiro)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

10. Os aspetos éticos da SCE devem ser incluídos no processo supervisivo sob o risco de não serem consideradas importantes fatores influenciadores das competências na prática clínica de enfermagem. Assinale a opção que não contempla aspetos éticos facilitadores:

a. honestidade, espírito de partilha e zelo pelas melhores práticas;

b. Proporcionar oportunidades de melhoria e de aprendizagem;

c. Utilizar um método formal de registos e estratégias de supervisão adequadas ao propósito dos cuidados.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

11. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A SCE permite diagnosticar antecipadamente e prevenir situações graves na presença de variáveis de ordem psicológica ou de práticas assistenciais menos corretas que importam corrigir. (Verdadeira)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

12. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: O elevado grau de conhecimentos que o supervisor tem que ter face ao supervisado sobrepõe-se à função de suporte que se relaciona com a SCE. (Falsa)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

13. Existem, na SCE, quatro componentes que se relacionam entre si. Assinale, de entre as seguintes opções, a opção que as descreve:

a. Supervisor, supervisado, utente e contexto;

b. Supervisor, supervisado, utente e segurança de cuidados;

c. Supervisor, supervisado, contexto, avaliação de competências.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

14. Refira se seguinte afirmação é verdadeira ou falsa: O acompanhamento das práticas permite supervisionar a informação que é considerada no processo de tomada de decisão. (Verdadeira)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

15. Um processo de SCE permite a maturação profissional através da articulação da:

a. Prática clínica, conhecimentos teóricos e avaliação de competências;

b. Desenvolvimento pessoal, habilidades instrumentais e conhecimentos teóricos;

c. Prática clínica, desenvolvimento pessoal profissional e formação da inteligência emocional.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

16. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A otimização do potencial formativo passa pela adoção de estratégias e seleção de casos que propiciem as condições necessárias para que se transformem as experiências em aprendizagem. (Verdadeira)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

17. Das seguintes opções indique a que não se reporta a uma da função da SCE:

a. dinamização das equipas de enfermagem;

b. implementação de projetos centrados na obtenção de lucros para a instituição;

c. desenvolvimento de práticas de formação centradas em problemas.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Sugestão de outras questões a integrar nesta categoria do jogo:

TEMA 2 - ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Identifique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

1.Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A observação é uma estratégia da SCE com o principal objetivo de definir os critérios de avaliação de desempenho. (Falsa)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

2.Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A reflexão sobre a prática deverá ser uma ferramenta, mas nunca deve ser vista como um objetivo central do processo de SCE. (Verdadeira)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

3. Uma estratégia ao longo de um processo de SCE integra a promoção da reflexão crítica, por parte do supervisado, como forma de desenvolvimento de competências profissionais face a uma qualquer ação a desempenhar. Existem três momentos em que esse poder reflexivo assume maior pertinência. Assinale qual a opção que melhor descreve os momentos alvo de reflexão:

a. Reflexão durante a execução da ação, reflexão após o término da ação (reflexão imediata) e reflexão posterior sobre a ação executada (reflexão retrospetiva);

b. Reflexão sobre a pertinência clínica da ação, reflexão sobre os materiais necessários para a ação, reflexão sobre as condições para a ação;

c. Reflexão antes da ação, reflexão sobre a ação, reflexão sobre a avaliação do supervisor face ao supervisado.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

4. Assinale qual a afirmação verdadeira relativamente ao momento da reflexão sobre a ação:

a. perícia do supervisor e do supervisado uma vez que contempla, em simultâneo, a reflexão crítica do que, na prática, está a ser realizado;

b. Reflexão retrospetiva; permite ao supervisado utilizar a estratégia de autocrítica para fundamentar as suas atitudes enquanto perspetiva alterações de atuação, se pertinente;

c. Reflexão que antecipa a ação; o supervisado mobiliza conhecimentos e conteúdos que lhe permitem atuar em conformidade com a situação.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

5. O feedback é uma estratégia que deve ser incluída num qualquer processo de SCE. Entre as seguintes afirmações assinale a que melhor descreve esta estratégia:

a. Deve ser um momento formal, previamente agendado, com critérios definidos e aplica-se a todos os momentos de avaliação do profissional em integração;

b. É uma estratégia que pode ser aplicada em qualquer momento da ação e antecede sempre um momento de avaliação;

c. Não tem um carácter de aplicabilidade obrigatória do ponto de vista temporal, deve ser utilizado sempre que o supervisor entender benéfico, antes, durante ou depois da ação.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

6. De entre as seguintes afirmações assinale a que corresponde ao objetivo da formulação de questões reflexivas no contexto da SCE.

a. Promover reflexão que valide a interligação da prática com a teoria;

b. Avaliar a aquisição de conhecimentos cognitivos;

c. Condicionar o supervisado a estabelecer padrões de atuação em situações futuras e clinicamente semelhantes.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

7. A componente emocional também requer mediação através de estratégias como o encorajamento e o suporte emocional. Assinale a opção que define o objetivo das estratégias anteriormente referidas no contexto da SCE.

a. Desenvolver capacidades de autoestima que se traduzem na emancipação profissional precoce e um distanciamento indutor de autonomia por parte do supervisado;

b. Desenvolver as competências emocionais que permitem ao supervisado integrar as diferentes emoções geradas pelas condicionantes profissionais e que podem fragilizar o futuro profissional;

c. Desenvolver as competências emocionais que permitem ao supervisado uma adaptação progressiva às diferentes exigências profissionais.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

8. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A fase de autonomização e distanciamento crítico deve surgir na última fase de integração, quando o supervisado demonstra progressivas capacidades de análise que sustentam o juízo crítico e um elevado nível de desenvolvimento de competências associada a uma prática baseada em evidência. (Verdadeiro)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

9. Identifique a afirmação que explica o propósito estratégico da técnica de demonstração.

a. O ensinamento in loco através da demonstração permite ensinar como se faz e envolve ativamente o supervisado na ação.

b. O supervisor, através da exemplificação instrumental, reconstrói os padrões de intervenção necessários que permitem ao supervisado a replicação do procedimento em futuras situações;

c. A demonstração não pode ser utilizada em nenhuma das fases de reflexão.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

10. A discussão de casos clínicos é uma estratégia de SCE que permite, em simultâneo, integrar conhecimentos teóricos e práticos na procura e explicação das intervenções que primam pela excelência de cuidados. Assinale a opção correta.

a. É válida e útil a discussão de casos relacionados e não relacionados com a prática clínica, de forma a obter mais informação sobre os conhecimentos prévios do supervisado;

b. O contexto de cuidados pode condicionar as respostas da supervisão, uma vez que a pressão que este exerce sobre os cuidados evidencia os aspetos diferenciadores em cada discussão de casos clínicos.

c. A discussão de casos clínicos tem como principal objetivo a identificação dos problemas de integração de conteúdos por parte do supervisado e promove a adequação de estratégias de supervisão consequentes.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

11. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A auto supervisão é uma estratégia pela qual, através da introspeção, autoanálise e autorreflexão a supervisão adquire conhecimento de si

próprio e da sua atuação. Esse saber permite retratar-se e limitar a sua área de intervenção aos cuidados que presta com excelência. (Falsa)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

12. A observação, sistemática ou não, não se limita a um registo do que é observável. Indique, qual das seguintes opções, melhor valida a importância da observação como estratégia de SCE:

a. Preocupa-se com o imediato reconhecimento de saberes e a sua influência no processo de tomada de decisão;

b. Analisa a relação entre o património experiencial e os saberes que vão sendo produzidos por experiências prévias;

c. Permite um "distanciamento" do supervisado face ao supervisor o que concorre para uma autoanálise, sem interferências, e um autorreconhecimento das competências cognitivas por parte do supervisado.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

13. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A formulação de questões pedagógicas do tipo - clarificação - é uma estratégia usada no final do processo supervisivo, em simultâneo com a estratégia de avaliação, de forma a situar o supervisado no processo de integração para adequar estratégias, se pertinente. (Falsa)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

14. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: As estratégias de SCE devem ser selecionadas criteriosamente de acordo com o contexto de forma a permitir alcançar os objetivos traçados no início do processo supervisivo e que estão organizados para os resultados de enfermagem esperados. (Falsa)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

15. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: As reuniões são estratégias implícitas no processo de supervisão que devem estar consignadas no tempo de serviço, embora possam assumir modalidades mais ou menos formais. (Verdadeira)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

16. Das seguintes afirmações indique a que refere a pertinência dos estudos de caso como estratégias de supervisão:

a. análise dos conhecimentos teóricos e uma comparação com práticas do senso comum;

b. aprendizagem imediata e relacionado com habilidades instrumentais;

c. análise de casos reais e problemáticos ocorridos no contexto da prática clínica.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

17. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A avaliação assume, no processo supervisivo, duas importantes valências. Pode ser, por um lado, uma estratégia de supervisão mas também é reconhecida como uma função do supervisor. (Verdadeira)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Sugestão de outras questões a integrar nesta categoria do jogo:

TEMA 3 - O PAPEL E AS CARACTERÍSTICAS DO SUPEVISOR CLÍNICO NA CONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO SUPERVISIVA - FATORES FACILITADORES

Identifique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

1. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A relação supervisiva constitui um suporte e um fator mediador para as aprendizagens em contexto clínico. (Verdadeiro)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

2. A construção da identidade profissional do supervisado é altamente influenciada pela relação supervisiva estabelecida ao longo do processo de SCE. Assinale qual a afirmação verdadeira.

a. Uma relação supervisiva marcada por um estilo de SCE diretivo permite que o supervisado se sinta motivado a expressar dificuldades e/ou dúvidas;

b. O principal desafio do supervisor é ancorar opções didáticas que permitam ao supervisado alcançar os objetivos e a autonomia profissional;

c. A demonstração de empatia por parte do supervisor influencia negativamente a relação supervisiva por não permitir a imposição de limites entre as esferas pessoais e profissionais.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

3. Assinale a afirmação que justifica que um estilo de SCE orientador sustenta uma relação supervisiva facilitadora de novas aprendizagens.

a. O supervisado tem oportunidade de desenvolver as suas capacidades profissionais de acordo com o contexto laboral e as suas próprias características pessoais.

b. A hierarquização dos intervenientes concorre para um processo de inspeção e domínio que promove uma sensação de segurança para o supervisado.

c. Uma relação supervisora facilitadora traduz-se pela inflexibilidade nas orientações do supervisor de forma a direcionar o supervisado para os objetivos traçados no início do processo de integração.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

4. A relação supervisiva tem características próprias que determinam implicações diretas na competência do supervisado. Entre as seguintes afirmações assinale a verdadeira:

a. Há relação direta de comprometimento no alcance dos objetivos inicialmente traçados entre o supervisor e o supervisado.

b. Há capacidade do supervisado se retratar nas atitudes do supervisor e, por isso, assumi-lo como uma referência da competência profissional requerida.

c. Há interação entre a diminuição progressiva das competências do supervisor e o aumento de competências do supervisado.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

5. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: O pressuposto de uma relação supervisiva saudável inclui a existência de uma boa relação entre supervisor e supervisado numa dimensão de entreajuda, substituição, negociação e direcionismo supervisivo. (Falso)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

6. A experiência que gera dúvida e a reflexão sobre a dúvida gerada pela experiência concorre para o estabelecimento e desenvolvimento de um pensamento crítico reflexivo no supervisado. De acordo com a afirmação, assinale a opção correta.

a. A reflexão orientada, por parte do supervisor, com base nas experiências promove o fortalecimento da relação supervisiva pautada pela regulação mútua do conhecimento que não é cumulativo.

b. Ocorre um processo de integração entre a teoria e a prática que não é dependente da relação supervisiva uma vez que cada interveniente tem a sua função, o do supervisor de proporcionar a experiência e o supervisado de a experienciar.

c. O desenvolvimento de um pensamento crítico reflexivo sobre as experiências clínicas é beneficiado pelo estabelecimento de padrões formais diádicos entre supervisor e supervisado de forma a sistematizar o conhecimento.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

7. O supervisor clínico tem um importante papel na construção da identidade profissional do enfermeiro supervisado. Assinale, entre as opções possíveis, aquela que representa de forma mais abrangente e completa, o papel do supervisor:

a. Facilitar a aprendizagem, desenvolver atividades no âmbito da demonstração, avaliar competências técnicas, cognitivas e comunicacionais;

b. Planear o processo de ensino aprendizagem, facilitar a aprendizagem, promover a reflexão sobre as dificuldades e formas de superação, avaliar as competências profissionais;

c. Facilitar a aprendizagem, criar espírito profissional, identificar problemas e dificuldades, adequar estratégias de supervisão e avaliar o processo de ensino-aprendizagem.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

8. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: As características pessoais como a empatia, flexibilidade, disponibilidade exigência, curiosidade intelectual e espírito critico do supervisor são determinantes no estabelecimento da relação supervisiva e na formação de um enfermeiro competente. (Verdadeiro)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

9. Além da díade entre supervisor e supervisado existe outro fator que interfere diretamente no processo supervisivo. Entre as 3 opções seguintes selecione a que remete para o outro fator influenciador da SCE:

a. Meio – as características do meio (implica meios físicos, de dinâmica de serviço, equipa clínica, entre outros) onde decorre o processo supervisivo pode ser inibidor ou facilitador do processo de integração;

b. Equipa clínica – assume um papel de mediador intermédio, avalia indiretamente a competência profissional do supervisado;

c. Enfermeiro Gestor do serviço – responsável pela avaliação final que determina se a adaptação do profissional ao serviço decorreu conforme os objetivos iniciais.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

10. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: O supervisor garante a mobilização de recursos cognitivos, afetivos, sociais, contextuais e técnico instrumentais empíricos, através da estimulação do pensamento crítico e reflexivo do supervisado. (Falso)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

11. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: É importante que se desenvolvam estratégias institucionais que permitam um acompanhamento mais próximo do processo de desenvolvimento pessoal e profissional nos contextos da prática clínica. (Verdadeira)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

12. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: O contexto de trabalho é um espaço de transformação de competências profissionais, processo no qual a reflexão sobre a sua organização é um fator decisivo para os trajetos de formação. (Verdadeira)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

13. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: Os profissionais supervisados desenvolvem as suas competências a partir de um conjunto de objetivos pré-definidos assente numa prática concertada com os supervisores responsáveis pelo processo de integração. (Falsa)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

14. A relação supervisiva, entre o supervisor e o supervisado, permite que se desenvolvam vários processos simultâneos em contexto clínico. Assinale a opção que não corresponde a um desses processos:

a. Direcionar a aprendizagem para os resultados esperados;

b. Desenvolver uma aprendizagem centrada na prática;

c. Criar disposições para aprendizagens futuras.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

15. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A SCE é um processo desenvolvimental cuja ênfase é colocada no desenvolvimento da relação supervisiva, como uma forma de proporcionar suporte e apoiar o supervisado. (Verdadeira)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

16. O supervisor deve ser um profissional experiente e familiarizado com o contexto. Assinale a opção que concretiza esta afirmação:

a. A experiência do supervisor permite-o sentir-se confiante para transmitir os conhecimentos **necessários ao supervisado.**

b. A proficiência do supervisor permite assegurar a qualidade dos cuidados que se desenvolve em simultâneo com o crescimento pessoal e profissional do supervisado;

c. Um supervisor experiente e familiarizado com o contexto é capaz de orientar antecipadamente o supervisado, de forma a não ser necessário uma supervisão presencial das práticas, privilegiando o esclarecimento de dúvidas após a ação.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

17. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: O supervisor deve assumir-se como um "modelo", através do qual se possa facilitar a construção da identidade profissional do supervisado que deverá assumir contornos semelhantes aos do supervisor. (Falsa)

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Sugestão de outras questões a integrar nesta categoria do jogo:

TEMA 4 – DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS

Identifique o seu grau de concordância com as seguintes respostas apresentadas que permitem clarificar e discutir os seguintes casos clínicos relacionados com a Supervisão Clínica em Enfermagem:

Caso clínico 1 - No serviço de Medicina do hospital local vai ser integrado um enfermeiro com 12 anos de experiência transferido de uma Unidade de Saúde Familiar. O enfermeiro supervisor responsável pela sua integração trabalha há cerca de 5 anos no serviço de Medicina. No dia da admissão, enfermeiro supervisor e supervisado, nunca antes tinham sabido os respetivos nomes, são apresentados e, na verdade, são dois amigos que costumam, esporadicamente, encontrar-se para convívio social.

De acordo com as características esperadas de um supervisor clínico, reflita sobre que eventuais condicionantes, facilitadores ou dificultadores, podem advir deste conhecimento prévio na esfera social no contexto do processo supervisivo.

Resposta: A principal ênfase neste caso prende-se com a dificuldade em estabelecer limites e critérios, dada a proximidade entre ambos. A integração na equipa provavelmente sairá beneficiada e será facilitada pelo conhecimento prévio, contudo, e a par da dificuldade em estabelecer limites poderá haver facilitismo na globalidade da integração, bem como na instituição de algumas estratégias, como a formulação de questões, por exemplo.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Caso clínico 2 - A Laura é recém-licenciada e foi admitida no serviço de urologia com contrato a termo certo com a duração de 6 meses. A área de eleição da Laura é pediatria e logo no primeiro

dia de integração no serviço, em conversa informal com o enfermeiro supervisor com 17 anos de experiência no serviço, refere que sabe da provável existência de uma vaga no serviço de pediatria e, mais logo, à saída do turno, irá passar pelos recursos humanos para conseguir informações que validem a sua expectativa.

Que condições dificultadoras poderão advir deste cenário e que de forma o enfermeiro supervisor as poderá contornar?

Resposta: a construção da identidade profissional poderá ficar comprometida tal como está comprometida a vinculação a este serviço dado o diferencial de objetivos apresentados pela Laura.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Caso clínico 3 - O Gonçalo trabalhava no serviço de cardiologia no hospital localizado fora do seu local de residência e pediu transferência para o hospital mais perto da sua área de residência para poder dar apoio à sua família, nomeadamente à sua mãe, com cerca de 60 anos, com quem vive e que foi vítima de um Acidente Vascular Cerebral há 2 anos. Ele, em articulação com o pai, comprometeu-se a suportar os cuidados domiciliários que a senhora requer por graves défices neurológicos. O Gonçalo tem 30 anos, cerca de 9 anos de experiência e quando questionado sobre o serviço para onde gostaria de ser destacado, respondeu ser indiferente. Hoje é o primeiro dia de trabalho e foi admitido na UAVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais.

Qual das componentes da SCE, normativa, formativa ou restaurativa (segundo a teoria de Proctor), deverá ser enfatizado no decorrer do processo supervisivo e porquê?

Resposta: componente restaurativa – é necessário providenciar apoio emocional de suporte (disponibilização, empatia) para que o Gonçalo se sinta apoiado e compreendido nesta fase.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Caso clínico 4 - A Mariana é uma enfermeira recém-licenciada e admitida no serviço de urgência do hospital da área. No estágio de Integração à Vida Profissional, numa unidade de cuidados intensivos, no final do estágio, cometeu um grave erro terapêutico e que implicou a repetição do estágio. Na altura a Mariana apesar de ter reconhecido o erro entendeu que a escola foi demasiado intransigente com a situação. No primeiro dia de trabalho, na pausa para o café, entre conversas informais a Mariana contou à sua enfermeira supervisora, esta situação alegando: "Eu já poderia estar a trabalhar há mais de um ano, se a escola não a tivesse reprovado!"

Podemos considerar que um qualquer processo de integração inclui 3 grandes fases, nomeadamente a inicial, a de experimentação e a de autonomização. Imaginado que seria a supervisora responsável pela integração da Mariana, e tendo em conta a especificidade do serviço, a qual das fases teria que ser dada particular atenção?

Resposta: teria que ser dada ênfase à fase da autonomização – deverá ser ainda mais faseada de forma a dosear o excesso de confiança e a avaliar as implicações das suas intervenções.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Caso clínico 5 - O Rui está em processo de integração no serviço de obstetrícia há cerca de 3 semanas. Tem experiência profissional de 1 ano numa unidade de convalescença. Está a ser integrado por um colega com 4 anos de experiência e com pós-especialização em saúde materna e obstetrícia. Já realizou mais de 5 cateterizações vesicais nestas últimas semanas e continua a esquecer-se de levar todo o material que precisa para fazer o procedimento. O seu tutor acompanhou-o na sua primeira algaliação e percebeu que haviam dúvidas, quer na parte teórica, quer na instrumental ao nível da seleção de material adequado ao procedimento e, por isso, disponibilizou os seus apontamentos para eu o Rui revisse os conteúdos relacionados com esta temática.

Imagine que é o enfermeiro responsável pela supervisão clínica no serviço e que já se apercebeu desta situação. Qual seria a sua intervenção/aconselhamento junto do enfermeiro tutor? Enquadre a sua resposta segundo as fases da reflexão (Reflexão antes da ação, reflexão na ação e reflexão sobre a ação).

Resposta: mais importante do que a disponibilização dos apontamentos, será importante insistir na reflexão antes da ação e sobre a ação.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Caso clínico 6 - A Rita terminou o curso de licenciatura e enfermagem no passado mês de julho. Arranjou o seu primeiro emprego e começa hoje a trabalhar no lar de idosos da sua área de residência. Gosta do trabalho com séniores e está entusiasmada com o trabalho que pretende desenvolver. É muito dinâmica e interessada, mas alguns utentes referiram à enfermeira que a está a integrar que por vezes a Rita não é adequada na forma como se dirige aos utentes, nomeadamente fala muito alto (mesmo quando não é preciso), e às vezes adota um tom autoritário.

Recapitulando as estratégias de supervisão e as suas finalidades, descreva como a técnica de espelhamento e de demonstração poderiam ser benéficas no âmbito do processo de integração da Rita.

Resposta: a estratégia de espelhamento permitiria que a Rita identificasse as atitudes erradas ao ser uma observadora das práticas da supervisora e a da demonstração permitiria demonstrar qual a melhor atitude, ou pelo menos uma possível, e mais enquadrada no contexto.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Caso clínico 7 - O Sebastião tem 30 anos de experiência no serviço da consulta externa de dermatologia do hospital da área. Nas ausências do enfermeiro gestor, é o Sebastião quem assume o serviço. É um enfermeiro controlador, autoritário e um excelente gestor do serviço. Neste momento o serviço apresenta graves carências de recursos humanos e hoje é o primeiro dia de trabalho do João transferido, contra a sua vontade, do serviço vizinho das consultas externas de cardiologia. Existem duas colegas responsáveis pela SCE no serviço, mas uma encontra-se de férias e uma outra ausente do serviço por doença. Foi sugerido ao Sebastião ficar responsável pela integração do novo colega. A SCE não é uma área do agrado deste enfermeiro, contudo e como sabe exatamente como funciona o serviço, concordou em integrar o colega. As ideias pré-concebidas e a padronização das intervenções agilizam tempo e permitem a diminuição dos erros porque já sabe que o que faz resulta, aliás a sua experiência é soberana face à dos restantes colegas com quem, pela diferença geracional, não nutre essencial simpatia.

Relacione o estilo de SCE descrito na situação e relacione-o com o papel e as características do supervisor, também implícitas, para identificar as condicionantes do processo supersivo realizado nestes moldes.

Resposta: estilo autoritário (em contraponto com o facilitador) – prescritivo, informativo, confrontativo – dificultador dos processos de integração e reflexão.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Caso clínico 8 - A Madalena terminou o curso de licenciatura em Enfermagem e foi admitida no serviço de ortopedia onde já trabalhava como Assistente Operacional há 4 anos. Conhece toda a equipa clínica bem como o meio, o tipo de doentes ou as exigências dos cuidados. Foi selecionada a Enfermeira Ana, enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, como sua supervisora no processo supervisivo previamente agendado e com a duração de 1 mês. A enfermeira Ana, com cerca de 45 anos, é uma profissional recatada, experiente e com provas dadas na sua área de especialização. O seu carácter recatado condiz, por sua vez, com a necessidade que tem em evitar conflitos diretos o que deixa transparecer, em muitos momentos, uma certa permissividade. A agora, enfermeira Madalena é conhecida pela sua alegria contagiante, boa disposição e frontalidade. No primeiro dia de integração, e após a transmissão de cuidados, a enfermeira Ana reuniu com a Enfermeira Madalena para traçarem os planos gerais do processo de integração. Revelou-lhe, ainda, quais seriam os doentes aos quais iriam prestar cuidados nesse turno e como o iriam fazer. Neste caso iriam começar por ajudar no autocuidado: banho de um doente que estava em jejum para realização de uma TAC. A enfermeira Ana sugeriu que a sua supervisada fosse preparando todo o material que iam necessitar enquanto ia ocupar-se, momentaneamente, de outras tarefas no serviço. Depois disso, procurou-a e confrontou-se com a enfermeira Madalena a distribuir pequenos almoços numa das enfermarias do serviço. Enquanto distribuía a referida refeição, retirava um sistema de soros, de um dos três doentes daquela enfermaria, cuja perfusão de paracetamol tinha já terminado enquanto dizia: "Isto é assim, não sou menos enfermeira por distribuir os pequenos almoços. E coitada, a minha colega (auxiliar) pediu e eu não disse que não, ela hoje está cheia de trabalho!"

Identifique os principais problemas neste processo de integração relacionando a construção da identidade profissional e o estilo de SCE provavelmente assumido pela supervisora.

Resposta: dificuldade no processo de desconstrução de uma identidade profissional e construção de uma outra, dificuldade em relacionar esta particularidade com o estilo de SCE facilitador e não diretivo.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Caso clínico 9 - A enfermeira Joana é recém-licenciada e foi admitida no serviço de neonatologia do hospital próximo da sua área de residência. Apesar de sempre ter sido uma aluna muito empenhada, sempre foi notória a sua dificuldade na assimilação dos conteúdos teóricos o que sempre condicionou o seu desempenho global. Apesar de estar muito feliz por ter o seu primeiro contrato de trabalho, a enfermeira Joana deixa transparecer toda a sua insegurança pela falta de bases teóricas que assume com pesar. No primeiro dia de trabalho reuniu com o enfermeiro supervisor, e responsável pelo seu processo de integração, o enfermeiro Rafael e não conteve as lágrimas quando foi questionada sobre quais os principais desafios a ultrapassar. O enfermeiro Rafael, com a empatia do costume, e apesar de ter sido apanhado de surpresa, não deixou que aquele momento abalasse e marcasse definitivamente o primeiro dia de trabalho. Disponibilizou-se para a ajudar, afinal este será um processo que vão atravessar juntos, e optou por criar um momento de convívio entre a equipa aproveitando para a apresentar formalmente a todos os presentes. À hora de almoço convidou-a para almoçar e aproveitaram o momento informal para organizarem e selecionarem algumas dinâmicas no processo supervisivo de forma a ir ao encontro às necessidades da enfermeira Joana.

A teoria de Proctor aponta três funções da SCE - a restaurativa (suporte), formativa (conhecimentos) e normativa (procedimentos institucionais). De acordo com esta teoria, qual ou quais serão as funções onde o enfermeiro Rafael terá que incidir no processo supervisivo?

Resposta: Funções formativa e restaurativa (com ênfase no desenvolvimento da inteligência emocional).

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Caso clínico 10 - O enfermeiro João tem 32 anos, terminou há cerca de 6 meses o curso de licenciatura em enfermagem, mas antes esteve, em serviço militar, durante 7 anos. Foi admitido numa Unidade de Saúde Familiar e a sua enfermeira supervisora, Marta, tem, aproximadamente, a sua idade e experiência na referida unidade de 8 anos. É uma enfermeira reconhecida pelo seu profissionalismo. No primeiro dia de trabalho o enfermeiro João questionou sobre a regularidade do serviço por turnos aos fins de semana e feriados, uma vez que ouviu dizer que, por vezes, o serviço de SASU daquela região era assegurado pelos enfermeiros das várias USF´s de uma forma rotativa. Aproximava-se um feriado e o enfermeiro João ficou satisfeito quando percebeu que não iria trabalhar nesse dia. A família residia longe do seu local de trabalho e não lhe dava jeito trabalhar nesse dia. Aliás, na verdade, adiantou logo qual a possibilidade de não ter que realizar esse tipo de turnos, até porque tinha escolhido os cuidados de saúde primários pela constância de horários e disponibilidade aos fins-de-semana e feriados. Todo o discurso do enfermeiro João é pautado pela frontalidade que, por vezes, se confunde com arrogância. Apresenta uma postura física algo inflexível, linguagem corporal não adequada, recebe os doentes com os braços atrás das costas e um distanciamento frio com silêncios incomodativos. A única vantagem é que os utentes já conhecem a enfermeira Marta que apresenta um comportamento totalmente oposto ao do enfermeiro João. Para complicar, existe uma notória falta de humildade por parte do supervisado que, inclusive, põe tudo em questão. Toda e

qualquer correção ou sugestão de alteração feita pela Enfermeira Marta ao seu desempenho é correspondida com insinuações do tipo: "Sim, sim, eu sei...", "Sim, sim, eu ia fazer...".

Relacione as características do supervisado com a qualidade do processo supervisivo e indique, no seu entender, quais as características do supervisor que melhor poderão otimizar esta integração.

Resposta: as caraterísticas do supervisado colidem com o processo supervisivo e parecem condicionar a formação da identidade profissional. Não há uma identificação profissional consistente e caberá à supervisora o enquadramento situacional através de estratégias focalizadas para a componente restaurativa e normativa (padrões de qualidade assistencial).

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

ANEXO V - ESTUDO DELPHI - RONDA II

TEMA 1 - FUNÇÕES DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Identifique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

A questão/resposta nº3 apresentou 76% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"Penso que a resposta mais correta deveria mesclar a opção b) com a opção c)"

"acrescentaria também o desenvolvimento de competências relacionais"

"O processo de acreditação das instituições da saúde relaciona-se com a avaliação da qualidade nos serviços prestados. De acordo com esta afirmação, podemos considerar que o processo de acreditação das instituições da saúde: Surge como um resultado direto e dependente dos processos de SCE que assentam na promoção do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais na mudança de comportamentos."

3. O processo de acreditação das instituições da saúde relaciona-se com a validação da qualidade nos serviços prestados. De acordo com esta afirmação, podemos considerar que o processo de acreditação das instituições da saúde:

a. É um processo paralelo e não relacionado com os processos de SCE mas que serve para identificar as instituições com os profissionais de saúde mais competentes;

b. Surge como um resultado direto e dependente dos processos de SCE que assentam na promoção do desenvolvimento de competências pessoais, relacionais e profissionais na mudança de comportamentos;

c. É um fator que depende dos processos de SCE na medida em que a validação da qualidade dos cuidados se baseia na avaliação de competências dos profissionais da saúde que integram a instituição.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A questão/resposta nº4 apresentou 88% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"acrescentava desenvolvimentos de pensamento crítico reflexivo"

"Eu completaria a alínea selecionada com a alínea C e também incluiria o saber ser, o saber fazer e o saber estar"

"Pensamento crítico-reflexivo"

4. Assinale a opção mais correta e que reflete as componentes a ter em conta no supervisado no contexto do acompanhamento das práticas clínicas:

a. Desenvolvimento de habilidades, atitudes, relacionamento pessoal e profissional pensamento crítico reflexivo e capacidade de tomada de decisão (saber ser, saber fazer e saber estar);

b. Habilidades da prática clínica e ajustamento das características pessoais dos vários intervenientes;

c. Conhecimentos teóricos, preocupações éticas e relacionamento profissional.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A questão/resposta nº8 apresentou 88% de consenso e foi alterada por incongruência lexical entre pergunta e resposta e com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"Função normativa- o supervisado deve conhecer normas e regulamentos para o desenvolvimento da sua prática"

"com impacto na prática dos cuidados"

"Na pergunta: mais comumente aceite"

8. A teoria de Proctor fundamenta um dos modelos mais comumente aceite na SCE com impacto na prática dos cuidados assenta sobre 3 componentes – formativa, normativa e restaurativa - que considera fundamentais e indissociáveis. Com base nesta informação assinale a opção verdadeira.

a. A função normativa diz respeito ao conhecimento que o supervisado deve ter sobre normas e regulamentos para o desenvolvimento da sua prática;

b. A função restaurativa prevê o apoio ao supervisado na realização de intervenções instrumentais subjacentes à prática;

c. A função formativa proporciona o desenvolvimento da identidade profissional que advém da autonomização do supervisado.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A questão/resposta nº10 apresentou 69% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"alterar "consideradas" por "considerados"

"Utilizar um método formal de registos e estratégias de supervisão adequadas aos diferentes contextos"

"Na pergunta: não serem considerados"

"Questão demasiado complexa e com necessidade de conhecimento prévio sobre aspetos éticos da SCE"

10. Os aspetos éticos da SCE devem ser incluídos no processo supervisivo sob o risco de não serem considerados importantes fatores influenciadores das competências na prática clínica de enfermagem. Assinale a opção que não contempla aspetos éticos facilitadores:

a. honestidade, espírito de partilha e zelo pelas melhores práticas;

b. Proporcionar oportunidades de melhoria e de aprendizagem;

c. Utilizar um método formal de registos e estratégias de supervisão adequadas aos diferentes contextos.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A questão/resposta nº11 apresentou 76% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"em vez do verbo "permitir", usaria "facilitar, promover, contribuir". "Permite" dá a ideia que a SCE é uma solução garantida."

"A SCE permite diagnosticar antecipadamente e prevenir situações graves na presença de variáveis de ordem psicológica ou de práticas assistenciais desadequadas que importam corrigir."

"Na pergunta: "situações graves, na presença" Na pergunta: retiraria "que importam corrigir" (está subentendido quando referem ser menos corretas)"

11. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A SCE contribui para diagnosticar antecipadamente e prevenir situações graves na presença de variáveis de ordem psicológica ou de práticas assistenciais desadequadas. **(Verdadeira)**

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A questão/resposta nº12 apresentou 88% de consenso contudo foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"não vejo muito sentido nesta pergunta. não percebo a relação entre "grau de conhecimentos do supervisor" e a "função de suporte", nem a função da ideia de "sobrepõe-se"

"Função de suporte da SCE"

12. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: O elevado grau de conhecimentos que o supervisor tem que ter face ao supervisado sobrepõe-se à função de suporte da SCE. **(Falsa)**

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A questão/resposta nº13 apresentou 88% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"Desconheço se esta questão dos "4 componentes" decorre de uma quadro teórico/autor específico (o que implica que o jogador/respondente o conheça). Mas todas as alternativas podem fazer sentido."

13. Existem, na SCE, quatro componentes que se relacionam entre si. Assinale, de entre as seguintes opções, a opção que (MELHOR)? as descreve:

a. Supervisor, supervisado, utente e contexto;

b. Supervisor, supervisado, utente e segurança de cuidados;

c. Supervisor, superivsado, contexto, avaliação de competências.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A questão/resposta nº15 apresentou 76% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"diria que todas fazem sentido".

"reformulava a frase C: " prática clinica, desenvolvimento pessoal e profissional, e desenvolvimento de competências de inteligência emocional"

"tirava "profissional" e alteraria "inteligência emocional" por "competência emocional"

"Optaria pela A"

"Na resposta: "desenvolvimento pessoal e profissional.."

15. Um processo de SCE permite a maturação profissional através da articulação da:

a. Prática clínica, conhecimentos teóricos e avaliação de competências;

b. Desenvolvimento pessoal, habilidades instrumentais e conhecimentos teóricos;

c. Prática clínica, desenvolvimento pessoal e profissional e desenvolvimento de competências de inteligência emocional.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Sugestão de outras questões a integrar nesta categoria do jogo:

TEMA 2 - ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Identifique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

A questão/resposta nº7 apresentou 88% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"embora não goste do modo como está formulada a opção b) sou levado a achar que tb pode ser considerada correta."

"Hipótese B e C: desenvolver competências emocionais (sem o "as")"

7. A componente emocional também requer mediação através de estratégias como o encorajamento e o suporte emocional. Assinale a opção que define o objetivo das estratégias anteriormente referidas no contexto da SCE.

a. Desenvolver capacidades de autoestima que se traduzem na emancipação profissional precoce e um distanciamento indutor de autonomia por parte do supervisado;

b. Desenvolver as competências emocionais que permitem ao supervisado integrar as diferentes emoções geradas pelas condicionantes profissionais e que podem fragilizar o futuro profissional;

c. Desenvolver as competências emocionais que permitem ao supervisado uma adaptação progressiva às diferentes exigências profissionais.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A questão/resposta nº9 apresentou 94% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"Questiono-me se a b) é inequivocamente errada."

9. Identifique a afirmação que explica o propósito estratégico da técnica de demonstração.

a. O ensinamento *in loco* através da demonstração permite ensinar como se faz e envolve ativamente o supervisado na ação.

b. O supervisor, através da exemplificação instrumental, reconstrói os padrões de intervenção necessários que permitem ao supervisado a (simples replicação? ficará melhor) replicação do procedimento em futuras situações;

c. A demonstração não pode ser utilizada em nenhuma das fases de reflexão.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A questão/resposta nº10 apresentou 59% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"a b) não me parece muito clara (exige leitura várias vezes e fico com dúvidas). sobre a a): a discussão de casos não deve servir primordialmente para avaliar , mas TAMBÉM CONTRIBUI PARA."

"reformulava a frase: " o contexto de cuidados pode condicionar as respostas do processo de supervisão,...." parece-me algo confusa em termo de semântica.

"A resposta assinalada como certa tem erro ("supervisado") e está confusa. Neste sentido, a última está mais coerente, alterando "identificação de problemas" para "reflexão crítica"

"Discordo da resposta: a discussão de casos clínicos é uma ferramenta de reflexão sobre os cuidados prestados, incluídos situações clínicas relevantes ou críticos"

"Hipótese B: pode condicionar as respostas do "supervisado"

"b. Corrigir "respostas do supervisado"

10. A discussão de casos clínicos é uma estratégia de SCE que permite, em simultâneo, integrar conhecimentos teóricos e práticos na procura e explicação das intervenções que primam pela excelência de cuidados. Assinale a opção mais correta.

a. É válida e útil a discussão de casos relacionados e não relacionados com a prática clínica, de forma a obter mais informação sobre os conhecimentos prévios do supervisado;

b. A discussão de casos clínicos é uma ferramenta de reflexão crítica sobre os cuidados prestados, incluídos situações clínicas relevantes ou críticas;

c. A discussão de casos clínicos tem como principal objetivo a identificação dos problemas de integração de conteúdos teóricos por parte do supervisado.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A questão/resposta nº11 apresentou 82% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"Nas respostas falsas pretende-se dar ao jogador a "correção"' ? seria pedagógico."

"...e autorreflexão o supervisado adquire..."

11. Refira se a afirmação é verdadeira ou falsa: A auto supervisão é uma estratégia pela qual, através da introspeção, autoanálise e autorreflexão o supervisado adquire conhecimento de si próprio e da sua atuação. Esse saber permite retratar-se e limitar a sua área de intervenção aos cuidados que presta com excelência. **(Falsa)**

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

TEMA 3 - O PAPEL E AS CARACTERÍSTICAS DO SUPEVISOR CLÍNICO NA CONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO SUPERVISIVA - FATORES FACILITADORES

Identifique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

A questão/resposta nº4 apresentou 53% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"Sobre a) a formulação não é mto clara, mas penso que é uma afirmação que faz sentido. ou seja que está correta."

"talvez acrescentar "...competências do supervisor (e dependência do supervisor)....."

"Supervisor não perde competência"

"A hipótese C dá a entender que o supervisor fica menos competente ao longo do processo; o objetivo é dizer que tem menos necessidade de por em prática as suas competências"

"O supervisor não diminui de competências... É importante reformular a resposta"

4. A relação supervisiva tem características próprias que determinam implicações diretas na competência do supervisado. Entre as seguintes afirmações assinale a verdadeira:

a. Há uma relação direta do comprometimento no alcance dos objetivos inicialmente traçados entre o supervisor e o supervisado.

b. Há capacidade do supervisado se retratar nas atitudes do supervisor e, por isso, assumi-lo como uma referência da competência profissional requerida.

c. Há interação entre a diminuição progressiva da dependência do supervisado face ao supervisor e uma diminuição da necessidade do supervisor por em prática as suas competências e o aumento de competências do supervisado.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A questão/resposta nº14 apresentou 88% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"sobre a opção a) uma relação de supervisão conflituosa ou inexistente não permite direcionar a aprendizagem para resultados esperados. Diria que a) tb faz sentido."

14. A relação supervisiva, entre o supervisor e o supervisado, permite que se desenvolvam vários processos simultâneos em contexto clínico. Assinale a opção que não corresponde a um desses processos:

a. **Direcionar a aprendizagem para os resultados esperados pelo supervisor;**

b. Desenvolver uma aprendizagem centrada na prática e nas características do supervisado;

c. Criar disposições para aprendizagens futuras.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A questão/resposta nº16 apresentou 88% de consenso e foi alterada com base nas seguintes observações sugeridas pelos Peritos:

"a) tb pode ser considerada . Porque não formular a questão então desta forma: " Assinale a opção que MELHOR concretiza esta afirmação"

"Na opção B: qualidade dos cuidados que se desenvolvem OU dos cuidados que desenvolve"

16. O supervisor deve ser um profissional experiente e familiarizado com o contexto. Assinale a opção que melhor concretiza esta afirmação:

a. A experiência do supervisor permite-o sentir-se confiante para transmitir os conhecimentos necessários ao supervisado.

b. A proficiência do supervisor permite assegurar a qualidade dos cuidados que desenvolve em simultâneo com o crescimento pessoal e profissional do supervisado;

c. Um supervisor experiente e familiarizado com o contexto é capaz de orientar antecipadamente o supervisado, de forma a não ser necessário uma supervisão presencial das práticas, privilegiando o esclarecimento de dúvidas após a ação.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

Sugestão de outras questões a integrar nesta categoria do jogo:

TEMA 4 – DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS

Identifique o seu grau de concordância com as seguintes respostas apresentadas que permitem clarificar e discutir os seguintes casos clínicos relacionados com a Supervisão Clínica em Enfermagem:

A proposta de resposta face ao caso clínico 1 apresentou 94% consenso e foi alterada com base nas sugestões dos Peritos:

"acrescentaria como condicionalismo talvez a diferença de "anos de experiencia " entre ambos"

Caso clínico 1 - No serviço de Medicina do hospital local vai ser integrado um enfermeiro com 12 anos de experiência transferido de uma Unidade de Saúde Familiar. O enfermeiro supervisor responsável pela sua integração trabalha há cerca de 5 anos no serviço de Medicina. No dia da admissão, enfermeiro supervisor e supervisado, nunca antes tinham sabido os respetivos nomes, são apresentados e, na verdade, são dois amigos que costumam, esporadicamente, encontrar-se para convívio social.

De acordo com as características esperadas de um supervisor clínico, reflita sobre que eventuais condicionantes, facilitadores ou dificultadores, podem advir deste conhecimento prévio na esfera social no contexto do processo supervisivo.

Resposta: A principal ênfase neste caso prende-se com a dificuldade em estabelecer limites e critérios, dada a proximidade entre ambos. Por outro lado a diferença de anos de experiência entre ambos também pode ser um fator dificultador do processo supervisivo. A integração na equipa provavelmente sairá beneficiada e será facilitada pelo conhecimento prévio, contudo, e a par da dificuldade em estabelecer limites poderá haver facilitismo na globalidade da integração, bem como na instituição de algumas estratégias, como a formulação de questões, por exemplo.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A proposta de resposta face ao caso clínico 2 apresentou 88% consenso e foi alterada com base nas sugestões dos Peritos:

"Na resposta não é abordada a 2ª parte da questão: "que de forma o enfermeiro supervisor as poderá contornar?" Em acréscimo, com base na experiência de um dia não poderemos afirmar que "está comprometida" a vinculação... Como forma de resposta do supervisor, a) há que respeitar os interesses da supervisada. b) chamar a atenção que independentemente dos seus interesses há que dar resposta de qualidade no serviço presente c) alertar a supervisada que não obstante querer ir para outro lado pode já começar a desenvolver-se na urologia."

"A resposta só contempla uma das questões. Falta a forma como o supervisor poderá contornar as condições dificultadoras."

Caso clínico 2 - A Laura é recém-licenciada e foi admitida no serviço de urologia com contrato a termo certo com a duração de 6 meses. A área de eleição da Laura é pediatria e logo no primeiro dia de integração no serviço, em conversa informal com o enfermeiro supervisor com 17 anos de experiência no serviço, refere que sabe da provável existência de uma vaga no serviço de pediatria e, mais logo, à saída do turno, irá passar pelos recursos humanos para conseguir informações que validem a sua expectativa.

Que condições dificultadoras poderão advir deste cenário e que de forma o enfermeiro supervisor as poderá contornar?

Resposta: a construção da identidade profissional poderá ficar comprometida dado o diferencial de objetivos apresentados pela Laura. Como forma de resposta do supervisor, a) há que respeitar os interesses da supervisada. b) chamar a atenção que independentemente dos seus interesses há que dar resposta de qualidade no serviço presente c) alertar a supervisada que não obstante querer ir para outro lado pode já começar a desenvolver-se na urologia.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A proposta de resposta face ao caso clínico 3 apresentou 76% consenso contudo, foi alterada com base nas sugestões dos Peritos:

"situação bastante abrangente que permite muitas ideias. Porque não, na questão que se lança, em vez de fazer uma pergunta fechada e esperar um "tiro certeiro" fazer uma pergunta: escolha uma das 3 componentes/dimensões da Proctor (normativa, formativa ou restaurativa)e diga o que faria nessa dimensão nesta situação?"

"Todas as componentes são importantes, e importa avaliar como se posiciona o Gonçalo a um novo serviço, no seu desenvolvimento profissional e conhecimentos prévios."

"Tanto pela mudança de serviço e local de trabalho como pela constatação diária da sua vivência enquanto cuidador da mãe, da mesma forma que enquanto profissional (experienciar cuidados a uma pessoa vítima de um AVC tanto na esfera pessoal como profissional pode levar a uma sobrecarga emocional)"

Caso clínico 3 - O Gonçalo trabalhava no serviço de cardiologia no hospital localizado fora do seu local de residência e pediu transferência para o hospital mais perto da sua área de residência para poder dar apoio à sua família, nomeadamente à sua mãe, com cerca de 60 anos, com quem vive e que foi vítima de um Acidente Vascular Cerebral há 2 anos. Ele, em articulação com o pai, comprometeu-se a suportar os cuidados domiciliários que a senhora requer por graves défices neurológicos. O Gonçalo tem 30 anos, cerca de 9 anos de experiência e quando questionado sobre o serviço para onde gostaria de ser destacado, respondeu ser indiferente. Hoje é o primeiro dia de trabalho e foi admitido na UAVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais.

<u>De acordo com o referencial teórico de Proctor relativamente às componentes da SCE - normativa, formativa ou restaurativa - selecione uma delas e refira qual a sua intervenção nessa dimensão nesta situação.</u>

Resposta: Todas as componentes são igualmente importantes, é importa avaliar como se posiciona o Gonçalo num novo serviço, no seu desenvolvimento pessoal, profissional tendo em consideração os conhecimentos prévios. Na componente restaurativa (talvez a que será mais facilmente identificada) – é necessário providenciar apoio emocional de suporte (disponibilização, empatia) para que o Gonçalo se sinta apoiado e compreendido nesta fase. Tanto pela mudança de serviço e local de trabalho como pela constatação diária da sua vivência enquanto cuidador da mãe, da mesma forma que enquanto profissional (experienciar cuidados a uma pessoa vítima de um AVC tanto na esfera pessoal como profissional pode levar a uma sobrecarga emocional).

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A proposta de resposta face ao caso clínico 4 apresentou 88% consenso e foi alterada com base nas sugestões dos Peritos:

"talvez incluir na resposta a ideia de trabalhar com a Mariana a sua relação com o erro."

"Na pergunta: (...) se não ME tivesse reprovado. IMAGINANDO que seria (...)"

"Na resposta: a fase de autonomização, além de mais faseada deve ser mais observada/vigiada. Dar espaço e liberdade para o fazer autónomo mas acompanhado com algum distanciamento."

Caso clínico 4 - A Mariana é uma enfermeira recém-licenciada e admitida no serviço de urgência do hospital da área. No estágio de Integração à Vida Profissional, numa unidade de cuidados intensivos, no final do estágio, cometeu um grave erro terapêutico e que implicou a repetição do estágio. Na altura a Mariana apesar de ter reconhecido o erro entendeu que a escola foi demasiado intransigente com a situação. No primeiro dia de trabalho, na pausa para o café, entre conversas informais a Mariana contou à sua enfermeira supervisora, esta situação alegando: "Eu já poderia estar a trabalhar há mais de um ano, se não me tivessem reprovado!"

<u>Podemos considerar que um qualquer processo de integração inclui 3 grandes fases, nomeadamente a inicial, a de experimentação e a de autonomização. Imaginado que seria a supervisora responsável pela integração da Mariana, e tendo em conta a especificidade do serviço, a qual das fases teria que ser dada particular atenção?</u>

Resposta: teria que ser dada ênfase à fase da autonomização – deverá ser ainda mais faseada de forma a dosear o excesso de confiança e a avaliar as implicações das suas intervenções. Esta fase de autonomização, além de mais faseada deve ser mais observada/vigiada, ou seja, deve ser dado espaço e liberdade para a autonomia acompanhada de algum distanciamento. Adicionalmente faria sentido trabalhar com a Mariana a sua relação com o erro.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A proposta de resposta face ao caso clínico 5 apresentou 88% consenso e foi alterada com base nas sugestões dos Peritos:

"No enunciado, na última frase, alterar ".(...) disponibilizou os seus apontamentos para que o Rui (....)"

"A disponibilização de material teórico ajuda a rever alguns conceitos mas o foco deve estar em disponibilizar tempo para uma reflexão nos 3 momentos (antes, sobre e após), com abertura para colocação e esclarecimento de dúvidas."

Caso clínico 5 - O Rui está em processo de integração no serviço de obstetrícia há cerca de 3 semanas. Tem experiência profissional de 1 ano numa unidade de convalescença. Está a ser integrado por um colega com 4 anos de experiência e com pós-especialização em saúde materna e obstetrícia. Já realizou mais de 5 cateterizações vesicais nestas últimas semanas e continua a esquecer-se de levar todo o material que precisa para fazer o procedimento. O seu tutor acompanhou-o na sua primeira algaliação e percebeu que haviam dúvidas, quer na parte teórica, quer na instrumental ao nível da seleção de material adequado ao procedimento e, por isso, disponibilizou os seus apontamentos para que o Rui revisse os conteúdos relacionados com esta temática.

Imagine que é o enfermeiro responsável pela supervisão clínica no serviço e que já se apercebeu desta situação. Qual seria a sua intervenção/aconselhamento junto do enfermeiro tutor? Enquadre a sua resposta segundo as fases da reflexão (Reflexão antes da ação, reflexão na ação e reflexão sobre a ação).

Resposta: A disponibilização de material teórico ajuda a rever alguns conceitos mas o foco deve estar em disponibilizar tempo para uma reflexão nos 3 momentos (antes, sobre e após), com abertura para colocação e esclarecimento de dúvidas.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A proposta de resposta face ao caso clínico 6 apresentou 94% consenso e foi alterada com base nas sugestões dos Peritos:

"Na pergunta: Curso de licenciatura EM enfermagem (...) na resposta: a estratégia de espelhamento permitiria que a Rita, ao observar as práticas da supervisora, se consciencializasse sobre as suas práticas e identificasse e refletisse sobre as atitudes incorretas que observou. Com a demonstração e posterior reflexão a Rita conseguiria fazer um paralelismos com as suas atitudes e perceber como melhor se enquadrar e adaptar ao contexto."

Caso clínico 6 - A Rita terminou o curso de licenciatura em enfermagem no passado mês de julho. Arranjou o seu primeiro emprego e começa hoje a trabalhar no lar de idosos da sua área de residência. Gosta do trabalho com séniores e está entusiasmada com o trabalho que pretende desenvolver. É muito dinâmica e interessada, mas alguns utentes referiram à enfermeira que a está a integrar que por vezes a Rita não é adequada na forma como se dirige aos utentes, nomeadamente fala muito alto (mesmo quando não é preciso), e às vezes adota um tom autoritário.

Recapitulando as estratégias de supervisão e as suas finalidades, descreva como a técnica de espelhamento e de demonstração poderiam ser benéficas no âmbito do processo de integração da Rita.

Resposta: a estratégia de espelhamento permitiria que a Rita, ao observar as práticas da supervisora, se consciencializasse sobre as suas práticas e identificasse e refletisse sobre as atitudes incorretas que observou. Com a demonstração e posterior reflexão a Rita conseguiria fazer um paralelismos com as suas atitudes e perceber como melhor se enquadrar e adaptar ao contexto.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A proposta de resposta face ao caso clínico 7 apresentou 100% consenso contudo, foi alterada com base nas sugestões dos Peritos:

"Na pergunta: Relacione o estilo de SCE descrito na situação com o papel (...)"

"Na resposta: O estilo identificado é o autoritário. Neste estilo não há margem para reflexão e demonstração das competências de forma personalizada. Apenas se oferece a norma para a realização das atividades, deixando de parte a criatividade e integração de novos conhecimentos de forma faseada e de acordo com a disponibilidade do supervisado. O foco é supervisor e não o processo de aprendizagem e adaptação."

Caso clínico 7 - O Sebastião tem 30 anos de experiência no serviço da consulta externa de dermatologia do hospital da área. Nas ausências do enfermeiro gestor, é o Sebastião quem assume o serviço. É um enfermeiro controlador, autoritário e um excelente gestor do serviço. Neste momento o serviço apresenta graves carências de recursos humanos

e hoje é o primeiro dia de trabalho do João transferido, contra a sua vontade, do serviço vizinho das consultas externas de cardiologia. Existem duas colegas responsáveis pela SCE no serviço, mas uma encontra-se de férias e uma outra ausente do serviço por doença. Foi sugerido ao Sebastião ficar responsável pela integração do novo colega. A SCE não é uma área do agrado deste enfermeiro, contudo e como sabe exatamente como funciona o serviço, concordou em integrar o colega. As ideias pré-concebidas e a padronização das intervenções agilizam tempo e permitem a diminuição dos erros porque já sabe que o que faz resulta, aliás a sua experiência é soberana face à dos restantes colegas com quem, pela diferença geracional, não nutre essencial simpatia.

Relacione o estilo de SCE descrito na situação e o papel e as características do supervisor, também implícitas, para identificar as condicionantes do processo supersivo realizado nestes moldes.

Resposta: O estilo identificado é o autoritário. Neste estilo não há margem para reflexão e demonstração das competências de forma personalizada. Apenas se oferece a norma para a realização das atividades, deixando de parte a criatividade e integração de novos conhecimentos de forma faseada e de acordo com a disponibilidade do supervisado. O foco é supervisor e não o processo de aprendizagem e adaptação.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A proposta de resposta face ao caso clínico 8 apresentou 94% consenso e foi alterada com base nas sugestões dos Peritos:

"A nova enfermeira tem dificuldade em afastar-se da identidade profissional anterior ao mesmo; o estilo facilitador dá mais liberdade ao supervisado mas pode ter como consequência uma dispersão do pensamento e dificuldade em focar-se nas competências atuais e na construção da sua nova identidade profissional."

Caso clínico 8 - A Madalena terminou o curso de licenciatura em Enfermagem e foi admitida no serviço de ortopedia onde já trabalhava como Assistente Operacional há 4 anos. Conhece toda a equipa clínica bem como o meio, o tipo de doentes ou as exigências dos cuidados. Foi selecionada a Enfermeira Ana, enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, como sua supervisora no processo supervisivo previamente agendado e com a duração de 1 mês. A enfermeira Ana, com cerca de 45 anos, é uma profissional recatada, experiente e com provas dadas na sua área de especialização. O seu carácter recatado condiz, por sua vez, com a necessidade que tem em evitar conflitos diretos o que deixa transparecer, em muitos momentos, uma certa permissividade. A agora, enfermeira Madalena é conhecida pela sua alegria contagiante, boa disposição e frontalidade. No primeiro dia de integração, e após a transmissão de cuidados, a enfermeira Ana reuniu com a Enfermeira Madalena para traçarem os planos gerais do processo de integração. Revelou-lhe, ainda, quais seriam os doentes aos quais iriam prestar cuidados nesse turno e como o iriam fazer. Neste caso iriam começar por ajudar no autocuidado: banho de um doente que estava em jejum para realização de uma TAC. A enfermeira Ana sugeriu que a sua supervisada fosse preparando todo o material que iam necessitar enquanto ia ocupar-se, momentaneamente, de outras tarefas no serviço. Depois disso, procurou-a e confrontou-se com a enfermeira Madalena a distribuir pequenos almoços numa das enfermarias do serviço. Enquanto distribuía a referida refeição, retirava um sistema de soros, de um dos três doentes daquela enfermaria, cuja perfusão de paracetamol tinha já terminado enquanto dizia: "Isto é assim, não sou menos enfermeira por distribuir os pequenos almoços. E coitada, a minha colega (auxiliar) pediu e eu não disse que não, ela hoje está cheia de trabalho!"

<u>Identifique os principais problemas neste processo de integração relacionando a construção da identidade profissional e o estilo de SCE provavelmente assumido pela supervisora.</u>

Resposta: dificuldade no processo de desconstrução de uma identidade profissional e construção de uma outra, dificuldade em relacionar esta particularidade com o estilo de SCE facilitador e não diretivo. A nova enfermeira tem dificuldade em afastar-se da identidade profissional anterior ao mesmo; o estilo facilitador dá mais liberdade ao supervisado mas pode ter como consequência uma dispersão do pensamento e dificuldade em focar-se nas competências atuais e na construção da sua nova identidade profissional.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A proposta de resposta face ao caso clínico 9 apresentou 94% consenso e foi alterada com base nas sugestões dos Peritos:

"A função formativa pela necessidade expressa em adquirir mais conhecimento; ajudar a supervisada a perceber que estratégias deve utilizar para estudar) e restaurativa no sentido de ajudar a supervisada a aceitar as suas dificuldades e desenvolver estratégias para se reconhecer como uma profissional competente.

"Julgo se deve ressalvar que o momento informal em que foi delineado o processo supervisivo, deve ser reforçado com um momento formal. O apoio e momentos informais são importantes para o estabelecimento de uma boa relação entre colegas mas não deve ser esquecida a relação formal entre supervisor e supervisado."

Caso clínico 9 - A enfermeira Joana é recém-licenciada e foi admitida no serviço de neonatologia do hospital próximo da sua área de residência. Apesar de sempre ter sido uma aluna muito empenhada, sempre foi notória a sua dificuldade na assimilação dos conteúdos teóricos o que sempre condicionou o seu desempenho global. Apesar de estar muito feliz por ter o seu primeiro contrato de trabalho, a enfermeira Joana deixa

transparecer toda a sua insegurança pela falta de bases teóricas que assume com pesar. No primeiro dia de trabalho reuniu com o enfermeiro supervisor, e responsável pelo seu processo de integração, o enfermeiro Rafael e não conteve as lágrimas quando foi questionada sobre quais os principais desafios a ultrapassar. O enfermeiro Rafael, com a empatia do costume, e apesar de ter sido apanhado de surpresa, não deixou que aquele momento abalasse e marcasse definitivamente o primeiro dia de trabalho. Disponibilizou-se para a ajudar, afinal este será um processo que vão atravessar juntos, e optou por criar um momento de convívio entre a equipa aproveitando para a apresentar formalmente a todos os presentes. À hora de almoço convidou-a para almoçar e aproveitaram o momento informal para organizarem e selecionarem algumas dinâmicas no processo supervisivo de forma a ir ao encontro às necessidades da enfermeira Joana.

A teoria de Proctor aponta três funções da SCE - a restaurativa (suporte), formativa (conhecimentos) e normativa (procedimentos institucionais). De acordo com esta teoria, qual ou quais serão as funções onde o enfermeiro Rafael terá que incidir no processo supervisivo?

Resposta: A função formativa pela necessidade expressa em adquirir mais conhecimento; ajudar a supervisada a perceber que estratégias deve utilizar para estudar) e restaurativa no sentido de ajudar a supervisada a aceitar as suas dificuldades e desenvolver estratégias para se reconhecer como uma profissional competente. Deve ser ressalvado que o momento informal em que foi delineado o processo supervisivo, deve ser reforçado com um momento formal. O apoio e momentos informais são importantes para o estabelecimento de uma boa relação entre colegas mas não deve ser esquecida a relação formal entre supervisor e supervisado.

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.

A proposta de resposta face ao caso clínico 10 apresentou 88% consenso e foi alterada com base nas sugestões dos Peritos:

"acho que não podemos dizer que "as caraterísticas do supervisado colidem com o processo supervisivo". Na realidade o processo supervisivo tem que ser flexível e acolher (pelo menos num primeiro momento) uma diversidade grande de supervisados com características de personalidade muito heterogéneas."

Caso clínico 10 - O enfermeiro João tem 32 anos, terminou há cerca de 6 meses o curso de licenciatura em enfermagem, mas antes esteve, em serviço militar, durante 7 anos. Foi admitido numa Unidade de Saúde Familiar e a sua enfermeira supervisora, Marta, tem, aproximadamente, a sua idade e experiência na referida unidade de 8 anos. É uma enfermeira reconhecida pelo seu profissionalismo. No primeiro dia de trabalho o enfermeiro João questionou sobre a regularidade do serviço por turnos aos fins de semana e feriados, uma vez que ouviu dizer que, por vezes, o serviço de SASU daquela região era assegurado pelos enfermeiros das várias USF´s de uma forma rotativa. Aproximava-se um feriado e o enfermeiro João ficou satisfeito quando percebeu que não iria trabalhar nesse dia. A família residia longe do seu local de trabalho e não lhe dava jeito trabalhar nesse dia. Aliás, na verdade, adiantou logo qual a possibilidade de não ter que realizar esse tipo de turnos, até porque tinha escolhido os cuidados de saúde primários pela constância de horários e disponibilidade aos fins-de-semana e feriados. Todo o discurso do enfermeiro João é pautado pela frontalidade que, por vezes, se confunde com arrogância. Apresenta uma postura física algo inflexível, linguagem corporal não adequada, recebe os doentes com os braços atrás das costas e um distanciamento frio com silêncios incomodativos. A única vantagem é que os utentes já conhecem a enfermeira Marta que apresenta um comportamento totalmente oposto ao do enfermeiro João. Para complicar, existe uma notória falta de humildade por parte do supervisado que, inclusive, põe tudo em questão. Toda e qualquer correção ou sugestão de alteração feita pela Enfermeira Marta ao seu desempenho é correspondida com insinuações do tipo: *"Sim, sim, eu sei...", "Sim, sim, eu ia fazer...".*

Relacione as características do supervisado com a qualidade do processo supervisivo e indique, no seu entender, quais as características do supervisor que melhor poderão otimizar esta integração.

Resposta: as caraterísticas do supervisado interferem com o processo supervisivo e parecem condicionar a formação da identidade profissional. Na realidade o processo supervisivo tem que ser flexível e acolher (pelo menos num primeiro momento) uma diversidade grande de supervisados com características de personalidade muito heterogéneas. Neste caso não há uma identificação profissional consistente e caberá à supervisora o enquadramento situacional através de estratégias focalizadas para a componente restaurativa e normativa (padrões de qualidade assistencial).

Concordo - sem alterações na pergunta e na resposta.

Concordo - com alterações na pergunta e/ou resposta descritas no campo "Observações".

Discordo com a integração da pergunta e da resposta.