

**Integração dos enfermeiros e Construção da
Identidade Profissional: Contributos da
Supervisão Clínica**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Joana de Sousa Albuquerque

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

**INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS
E CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE
PROFISSIONAL: CONTRIBUTOS DA
SUPERVISÃO CLÍNICA**

Orientadora
Prof.(a) Doutora Regina Pires
e coorientadora
Prof.(a) Doutora Margarida Reis Santos

Joana de Sousa Albuquerque

Porto, 2021

Dedico este trabalho,

*Aos meus Pais, pela sua dedicação incondicional...
Ao Nuno, companheiro de todos os momentos, pelo seu amor e compreensão...
Ao meu filho, Rodrigo!*

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso acadêmico tive o privilégio e a honra de contar com o apoio de algumas pessoas que considero terem sido imprescindíveis:

Aos meus pais, que me ensinam a cada dia a ser uma pessoa melhor e me incentivam a nunca desistir;

Ao meu filho, que me inspira a ser exemplo;

Ao meu marido, por ter sido suporte incondicional;

À minha Família e Amigos que me apoiaram e compreenderam a minha quase ausência durante este período;

À Professora Doutora Regina Pires e à Professora Doutora Margarida Reis Santos, por terem aceite a orientação desta dissertação, pela sabedoria, disponibilidade, pelo seu apoio e orientação;

A todas as enfermeiras que aceitaram o desafio de participar deste projeto e me confiaram as suas vivências;

A todos, o meu sincero “Muito Obrigada!”: Sem o vosso apoio teria sido impossível!

RESUMO

A integração na vida profissional exige aprendizagens técnicas, onde a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experimentação e a partilha de saberes, ao longo da vida profissional, em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia. O período de integração constitui uma fase crucial da adaptação e do desenvolvimento de um relacionamento saudável entre o novo enfermeiro e a restante equipa. Tendo em conta os fatores associados à integração do enfermeiro, entende-se que a compreensão entre o processo de integração vivenciado e a construção da sua identidade profissional é fundamental, uma vez que a mesma é construída pela interação e significado que o enfermeiro dá a estas interações, bem como pelas aprendizagens e desafios profissionais vivenciados. A supervisão clínica, por sua vez, vai fornecer orientação sobre o processo de aprimoramento dos cuidados com o objetivo de proporcionar uma transição mais saudável do enfermeiro em integração, bem como otimizar o desenvolvimento das suas competências, com vista a fomentar a eficiência e a qualidade do seu exercício profissional. Assim sendo, o supervisor clínico assume um papel fundamental em todo este processo. Com vista a dar resposta ao pretendido, delinearão-se os objetivos: Conhecer o modelo de integração em uso na organização/serviços; Analisar a perceção dos enfermeiros sobre o seu processo de integração; Analisar as perceções dos enfermeiros sobre a supervisão disponibilizada durante o processo de integração; Identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de integração dos enfermeiros; Analisar as perceções dos enfermeiros sobre a relação da sua integração na construção da sua identidade profissional; Indagar a opinião dos enfermeiros sobre o papel do supervisor clínico na construção da sua identidade profissional; Indagar a opinião dos enfermeiros sobre o perfil do supervisor clínico promotor da identidade profissional dos enfermeiros; Identificar os elementos centrais de um modelo de integração que os enfermeiros considerem promotor da sua identidade profissional.

Optou-se por uma abordagem qualitativa de natureza exploratória, descritiva, na qual participaram seis enfermeiras de um Hospital da Região Norte de Portugal com

experiências diversas de processos de integração, incluindo no estrangeiro. Recorreu-se ao *focus group* como técnica de recolha de dados e utilizou-se um guião de entrevista semiestruturada como instrumento de recolha dos mesmos. A análise e o tratamento de dados foram realizados através da análise de conteúdo segundo Bardin.

Da análise emergiram diferentes subcategorias e categorias, que estão na origem dos seguintes domínios: Vivência do processo de integração; Processo de integração em uso; Elementos centrais de um programa de integração promotor da identidade profissional; Enfermeiro Supervisor; e Integração e construção da Identidade Profissional.

Podemos inferir do estudo, que a construção da identidade profissional ocorre no cruzamento do desejo pessoal, da trajetória pessoal e profissional, nas inter-relações pessoais e profissionais, na autoaceitação dos limites pessoais e profissionais, no reconhecimento das capacidades pessoais, na capacidade de reconciliação e no saber lidar com as frustrações e sentimentos de impotência. Foram evidentes no estudo que as vivências de integração dos enfermeiros influenciaram o seu desenvolvimento pessoal e profissional, com conseqüente influência na construção da sua identidade profissional. O papel da supervisão clínica em todo o processo foi também evidenciado como sendo de extrema importância, onde o papel do supervisor clínico foi considerado a chave para o sucesso.

Palavras-Chave: Supervisão Clínica; Identidade Profissional; Integração; Enfermagem

ABSTRACT

Integration into professional life requires technical learning, where competence is sublimated by the knowledge acquired and developed through practice, experimentation and knowledge sharing, throughout professional life, in a work context, in a constant search to achieve expertise. The integration period is a crucial phase in the adaptation and development of a healthy relationship between the new nurse and the rest of the team. Taking into account the factors associated with the integration of the nurse, it is understood that the understanding between the integration process experienced and the construction of their professional identity is fundamental, since it is built by the interaction and meaning that the nurse gives to these interactions, as well as the learning and professional challenges experienced. Clinical supervision, in turn, it will provide guidance on the process of improving care with the aim of providing a healthier transition for the integrated nurse, as well as optimizing the development of their skills, with a view to fostering the efficiency and quality of their professional practice. . Therefore, the clinical supervisor plays a fundamental role in this entire process.

In order to respond to what was intended, the objectives were outlined: Know the integration model in use in the organization/services; Analyze the nurses' perception about their integration process; Analyze the nurses' perceptions about the supervision provided during the integration process; Identify the facilitating and the hindering factors of the nurses' integration process; Analyze the nurses' perceptions about the relationship of their integration in the construction of their professional identity; Analyze the nurses' opinion about the role of the clinical supervisor in the construction of their professional identity; Analyze the nurses' opinion about the profile of the clinical supervisor who promotes the professional identity of nurses.

We opted for a qualitative approach of an exploratory, descriptive nature, in which six nurses from an Hospital of the North Region of Portugal with diverse experiences of integration processes, including abroad. The focus group was used as a data collection technique and a semi-structured interview guide was used as a data

collection instrument. Data analysis and treatment were performed using content analysis according to Bardin.

From the analysis, different subcategories and categories emerged, which are at the origin of the following domains: Experience of the integration process; Integration process in use; Central elements of an integration program that promotes professional identity; Supervisor Nurse; and Integration and construction of the Professional Identity.

We can infer from the study that the construction of professional identity occurs at the intersection of personal desire, personal and professional trajectory, personal and professional interrelationships, self-acceptance of personal and professional limits, recognition of personal capabilities, capacity for reconciliation and knowing how to deal with frustrations and feelings of impotence. It was evident in the study that the nurses' experiences of integration influenced their personal and professional development, with consequent influence on the construction of their professional identity. The role of clinical supervision throughout the process was also highlighted as being of utmost importance, where the role of the clinical supervisor was considered the key to success.

Key words: Clinical Supervision; Professional Identity; Integration; Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Cit. por – Citado por

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Et al. – (*et alli*): e outras

IP – Identidade Profissional

NHS – National Health Service

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiros

SC – Supervisão Clínica

SCE – Supervisão Clínica em Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	22
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1. PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS.....	25
1.2. CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	31
1.3. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....	38
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	42
2.1. PERTINÊNCIA DO ESTUDO	43
2.2. FINALIDADE, QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS.....	44
2.3. TIPO DE ESTUDO	46
2.4. CONTEXTO DO ESTUDO	47
2.5. GRUPO DE PARTICIPANTES.....	50
2.6. RECOLHA DE DADOS	51
2.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	56
2.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	59
3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	60
3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES.....	60
3.2. VIVÊNCIA DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	61
3.3. PROCESSO DE INTEGRAÇÃO EM USO.....	64
I. <i>Estratégias de Supervisão disponibilizadas</i>	66
II. <i>Contributos da SCE disponibilizada</i>	74
III. <i>Fatores facilitadores</i>	77
IV. <i>Fatores Dificultadores</i>	87
V. <i>Planificação e Organização do processo de Integração em Uso</i>	96
3.4. ELEMENTOS CENTRAIS DE UM PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO PROMOTOR DA IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	103
3.5. ENFERMEIRO SUPERVISOR	113
I. <i>Perfil do Supervisor</i>	114
II. <i>Papel do Supervisor</i>	122
3.6. INTEGRAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL	125
I. <i>Relevância da integração</i>	126
II. <i>Papel do Supervisor</i>	130
CONCLUSÃO	135
BIBLIOGRAFIA.....	144
ANEXOS.....	164
ANEXO I- GUIÃO DA ENTREVISTA	165
ANEXO II- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	173

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	177
ANEXO IV- CONSENTIMENTO INFORMADO	179
ANEXO V- INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE.....	183
ANEXO VI- CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS DA ENTREVISTA	186

LISTA DE IMAGENS

Figura 1- Ambiente ecológico onde o enfermeiro em integração se integra (Rua, 2011, p. 83).....	29
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Vivências do processo de integração.....	61
Quadro 2- Processo de integração em uso	65
Quadro 3- Elementos centrais de um programa de integração promotor da Identidade Profissional.....	103
Quadro 4- Enfermeiro Supervisor	113
Quadro 5- Integração e construção da Identidade Profissional	126

INTRODUÇÃO

No contexto socioeconómico que vivenciamos, conseqüente de diversas problemáticas relativas à situação pandémica atual, ao desemprego e precariedade laboral na área da enfermagem, à contenção de despesa pública e de recursos humanos das instituições de saúde, os enfermeiros vêm-se confrontados, diariamente, por um lado, com a dificuldade da sua integração nos serviços, face a conflitos entre a formação inicial e a realidade do mundo do trabalho e, por outro lado, com a desmotivação no apoio à integração dos colegas recém-admitidos.

Neste sentido, é exigido aos enfermeiros uma atualização constante de saberes e competências, com vista a darem resposta às necessidades exigidas pelos serviços e instituição.

Sendo o grupo profissional de enfermeiros, uma parte significativa dos recursos humanos de uma instituição hospitalar (Siqueira & Kurcgant, 2005), e uma vez que a sua rotatividade frequente pelos serviços leva frequentemente à admissão de novos profissionais, torna-se imperativo que a integração dos mesmos dê resposta às necessidades expressas no momento, quer pelos serviços, quer pelos próprios profissionais.

A integração na vida profissional exige, por isso, aprendizagens técnicas, onde a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experimentação e a partilha de saberes, ao longo da vida profissional, em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia (Benner, 2001). O período de integração constitui uma fase crucial da adaptação e do desenvolvimento de um relacionamento saudável entre o novo enfermeiro e a restante equipa (Macedo, 2012).

Tendo em conta os fatores associados à integração do enfermeiro, entende-se que a compreensão entre o processo de integração vivenciado e a construção da sua identidade profissional é fundamental, uma vez que a mesma é construída pela

interação e significado que o enfermeiro dá a estas interações, bem como pelas aprendizagens e desafios profissionais vivenciados (Reis, 2016).

A supervisão clínica, por sua vez, vai fornecer orientação sobre o processo de aprimoramento dos cuidados com o objetivo de proporcionar uma transição mais saudável do enfermeiro em integração, bem como otimizar o desenvolvimento das suas competências, com vista a fomentar a eficiência e a qualidade do seu exercício profissional. Assim sendo, o supervisor clínico assume um papel fundamental em todo este processo.

A elaboração deste trabalho insere-se no âmbito do Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, ano letivo 2020/2021, e constitui o foco de atenção da unidade curricular Dissertação.

Optou-se por uma abordagem qualitativa de natureza exploratória, descritiva. Participaram na investigação seis enfermeiras de vários serviços do Centro Materno Infantil do Norte.

A técnica de recolha de dados utilizada foi o *focus group*, com recurso a um guião de entrevista semiestruturada.

A análise e o tratamento de dados foram realizados através da análise de conteúdo, segundo Bardin.

A presente investigação tem como finalidade contribuir para otimizar os processos de integração e construção da identidade profissional dos enfermeiros.

O estudo teve como objetivos: Conhecer o modelo de integração em uso na organização/serviços; Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o seu processo de integração; Conhecer as perceções dos enfermeiros sobre a supervisão disponibilizada durante o processo de integração; Identificar os fatores facilitadores do processo de integração dos enfermeiros; Identificar os fatores dificultadores do processo de integração dos enfermeiros; Conhecer as perceções dos enfermeiros sobre a relação da sua integração na construção da sua identidade profissional; Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre o papel do supervisor clínico na construção da sua identidade profissional; Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre

o perfil do supervisor clínico promotor da identidade profissional dos enfermeiros; Identificar os elementos centrais de um modelo de integração que os enfermeiros considerem promotor da sua identidade profissional.

Este relatório foi estruturado em três partes principais: enquadramento teórico; enquadramento metodológico; e apresentação, análise e discussão dos resultados, as quais se apresentam de forma sequencial.

Assim, na primeira parte, o enquadramento teórico, são definidos e explorados os conceitos centrais do estudo e a revisão da literatura. É efetuada uma contextualização do Processo de Integração de Enfermeiros, Construção da Identidade Profissional bem como a importância e relação com a Supervisão Clínica.

Na segunda parte, o enquadramento metodológico, é apresentada uma descrição do processo que concretiza o estudo com a finalidade de alcançar os objetivos propostos.

Na terceira parte apresentam-se os resultados obtidos e a discussão dos mesmos.

No final, a conclusão, como reflexo do percurso traçado, comprovando os aspetos mais relevantes e significativos, as limitações surgidas e algumas sugestões futuras para investigação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No decorrer de um trabalho de investigação, torna-se essencial a realização de uma revisão da literatura com o objetivo de clarificar e organizar conceitos, bem como, de delinear o campo do estudo.

Seguidamente apresentamos o enquadramento teórico da área temática do estudo, para uma melhor compreensão da mesma bem como do próprio estudo.

Assim, será explorada a evidência científica sobre os processos de integração de enfermeiros, a construção da identidade profissional e o contributo da SCE no processo.

1.1. Processo de Integração de Enfermeiros

A integração de enfermeiros recém-admitidos nos hospitais é uma problemática de extrema importância para as organizações, nomeadamente na perspetiva de otimização dos recursos humanos. No entanto, é importante estar consciente dos elementos limitadores e facilitadores deste processo de integração. Estes fatores podem ser identificados não só ao nível do integrador como também do enfermeiro responsável pela integração e do gestor da unidade (Jesus, 2012).

De acordo com a *American Organization of Nurse Executives* (AOEN), o enfermeiro supervisor é a chave para o sucesso da integração do enfermeiro recém-contratado.

Segundo Abreu (2007, cit França, 2013, p.35),

“O processo supervisivo em contexto da prática clínica permite: desenvolver uma aprendizagem centrada na prática; utilizar soluções baseadas na evidência; trabalhar as estratégias de pensamento em enfermagem, os focos de intervenção e as matrizes para a decisão; envolver a equipa na formação e trabalhar a relação com os pares; a transformação do conhecimento pelo sujeito; confirmar saberes e conferir significados; favorecer a consciencialização, isto é, ter uma ideia mais informada e

consciente de si, dos outros e do contexto, bem como a sua posição face a todos estes”.

Desta forma, os processos supervisivos permitem desenvolver competências e habilidades profissionais num ambiente de aprendizagem reflexiva, aumentar a eficácia clínica, melhorar os padrões de qualidade dos cuidados por via da prática baseada na evidência, da incorporação da reflexão e da introdução de inovações na prática clínica, proporcionam apoio e suporte ao desenvolvimento, permitem assegurar a proteção dos melhores interesses dos clientes, sendo considerados um direito de todos os profissionais (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), assume-se a excelência do cuidar como referência e eixo estruturante de competências profissionais, reconhecendo publicamente, nas premissas do Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2012), a importância da inclusão da Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) nos contextos da prática, bem como o seu papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer nos processos formativos, quer nos processos de integração à vida profissional, contributo imprescindível à promoção de cuidados (Carvalho, 2016).

A integração na vida profissional exige aprendizagens técnicas, onde a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experimentação e a partilha de saberes, ao longo da vida profissional, em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia (Benner, 2001). Assim, contextualizando a socialização num serviço de saúde, as ideias de Patrícia Benner, fundamentadas no Modelo de Aquisição de Competências, vêm apoiar, explicar e refletir sobre as melhores opções para aperfeiçoar o processo de integração de novos profissionais, tendo por base os cinco níveis de desenvolvimento de competências da prática clínica de Enfermagem, defendidos pela autora: iniciado/principiante, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, existindo uma evolução gradual e temporal.

O enfermeiro iniciado é aquele que inicia funções num serviço, sendo recém-formado, ou mesmo profissional com experiência, mas que desconhece ou não se

encontra familiarizado com os objetivos e as rotinas inerentes aos cuidados prestados no novo serviço. Neste nível, o enfermeiro tem dificuldade em diferenciar os aspectos relevantes dos acessórios da situação, e de integrar o que é descrito nos livros nas situações da prática clínica. É, por isso, fundamental dar a conhecer ao enfermeiro iniciado as normas e princípios do serviço, auxiliando-o na aquisição de experiências práticas para desenvolver as suas competências (Benner, 2001).

O enfermeiro no nível iniciado avançado começa a integrar algumas situações vividas e a identificar aspectos comuns, necessitando ainda de ser enquadrado no contexto da prática. Geralmente, este apresenta ainda dificuldade em determinar as prioridades, pois ainda não há a consciência da globalidade do cliente, nem do serviço no seu todo, no entanto, o conhecimento que demonstra é mais abrangente, permitindo-lhe agir de uma forma menos normativa/rotinizada (Benner, 2001).

Já o profissional que se encontra no nível competente, é aquele que já trabalha no mesmo serviço há cerca de dois ou três anos, mostrando claramente o saber agir de forma consciente, objetiva e concreta, tendo capacidade de aplicar os seus conhecimentos com eficácia. Este nível de competência demonstra uma progressão do raciocínio reflexivo, apresentando facilidade em estabelecer prioridades para a prática dos cuidados de enfermagem (Benner, 2001).

No nível proficiente, o enfermeiro tem a capacidade de se aperceber das situações na globalidade e não em termos de aspectos isolados, sendo que as suas ações são guiadas por máximas, permitindo-lhe uma compreensão global de cada situação vivenciada. Através das diversas experiências anteriores, é capaz de antever o que se poderá passar e atuar de forma antecipatória (Benner, 2001).

O enfermeiro perito não necessita de estratégias de apoio à decisão, sendo capaz de entender de forma intuitiva cada problema que se lhe apresenta e considerar alternativas à situação e à resposta com mais certeza e segurança, pela experiência e saberes adquiridos (Benner, 2001).

Tendo em conta a teoria de Benner, podemos afirmar que as práticas de cuidados de enfermagem assentam em diferentes tipos de conhecimento, onde a sua mobilização e função se encontram fortemente condicionadas, tanto pelo nível de

competência adquirida (Benner, 2001), como pelos contextos onde executam as suas funções, sendo imperioso refletir sobre a complexidade e responsabilidade da prática de enfermagem atual.

Contudo, uma vez que quando falamos em processo de integração, é essencial atender a todos os seus intervenientes, instituição, participantes (pessoas) e tempo despendido nestes processos. Assim, julga-se essencial realizar a ligação do processo de integração com o modelo ecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1980) que defende que este desenvolvimento humano é um processo contínuo que decorre ao longo da vida, abrangendo as interações entre indivíduos e os seus ambientes vivenciados e dinâmicos, marcados pela peculiaridade de cada um (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Os seus estudos faziam crítica ao modo tradicional de se estudar o desenvolvimento humano, referindo-se entre outras coisas, à grande quantidade de pesquisas concluídas sobre desenvolvimento “fora do contexto”. Para ele, essas investigações focalizavam, somente, a pessoa em desenvolvimento dentro de ambiente restrito e estático, sem a devida consideração das múltiplas influências dos contextos em que os sujeitos viviam. As novas reformulações do modelo ecológico de desenvolvimento humano, realizadas por Bronfenbrenner e Morris (1998), incluem uma nova forma de olhar as propriedades da pessoa em desenvolvimento. O autor faz também críticas à sua primeira abordagem, em relação à ênfase demasiada nos contextos de desenvolvimento, deixando a pessoa em crescimento num segundo plano. O novo modelo, em vez de ecológico passa a ser chamado de bioecológico, uma vez que tende a reforçar a ênfase nas características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento.

Nesta perspetiva, no decurso do desenvolvimento, para além de existirem alterações físicas e psicológicas nos indivíduos, devido à postura ativa adotada pelos mesmos, irão, inevitavelmente, existir modificações do ambiente em que este decorreu e assim sucessivamente, de uma forma cíclica (Macedo, 2012). Os mesmos autores referem que as pessoas em desenvolvimento vivenciam “(...) uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou ambos” (Bronfenbrenner, 2002, p. 22).

Segundo esta teoria, os contextos assumem um papel preponderante no desenvolvimento das pessoas e são analisados tendo por base quatro níveis estruturais, com uma relação recíproca entre si, denominados por microssistema, o mesossistema, o exossistema e o macrossistema (Figura 1).

Com base no modelo Bioecológico, considera-se que o enfermeiro em integração “integra uma diversidade de experiências pessoais e profissionais essenciais ao seu desenvolvimento, tornando-se ator ativo do seu desenvolvimento profissional, que influencia e é influenciado direta e indiretamente pelos vários contextos onde se encontra inserido ao longo do tempo onde decorrem os processos proximais (Bronfenbrenner, 2002 citado por Carvalho, 2016, p. 21)”

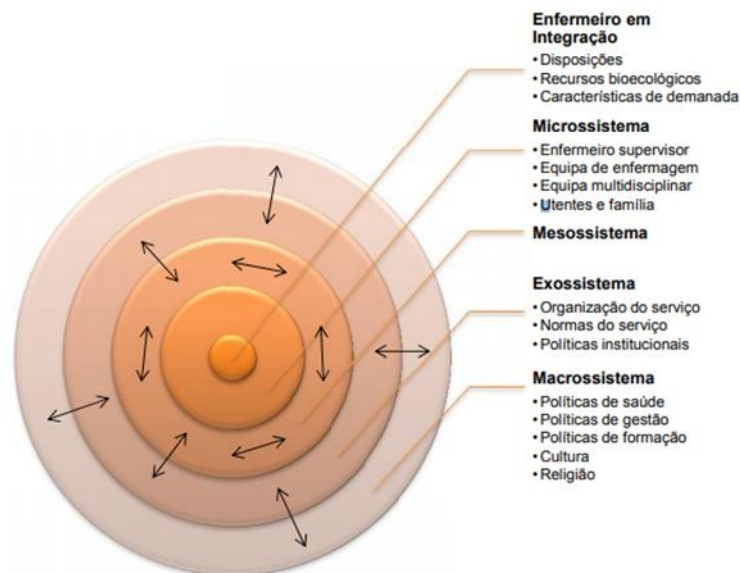


Figura 1- Ambiente ecológico onde o enfermeiro em integração se integra (Rua, 2011, p. 83)

Quando um enfermeiro recém-formado, ou proveniente de outro serviço/instituição, é admitido num serviço e inicia a sua integração, vão ocorrer sucessivas transições ecológicas ao longo das quais este vai ampliando e diversificando os seus papéis (de enfermeiro, colega de equipa), e realizando funções sucessivamente mais diversificadas, mais complexas e de maior responsabilidade (Rua, 2011).

Segundo Macedo (2012), a integração de um enfermeiro num serviço, enquanto período promotor do desenvolvimento profissional para agir em situação, está

relacionada com os quatro elementos essenciais ao desenvolvimento humano: pessoa, processo, contexto e tempo. A questão que se coloca sobre o processo de integração dos enfermeiros e a respetiva supervisão, relaciona-se sobretudo, com a necessidade de se traçarem objetivos e um plano apropriado a cada serviço, que ajude os novos profissionais a não se sentirem estranhos na instituição e serviço, mas sim elementos inseridos na equipa desde o primeiro dia, isto é, que se sintam seguros na execução das atividades inerentes à prestação de cuidados e que possuam um sentimento de pertença à organização e local de trabalho (Macedo, 2012).

O período de integração constitui uma fase crucial da adaptação e do desenvolvimento de um relacionamento saudável entre o novo enfermeiro e a restante equipa, sobretudo com o supervisor, onde cada uma das partes aprende a ajustar-se à outra, reduzindo o medo e a insegurança. Nesta fase, o estabelecimento de uma relação supervisiva entre o enfermeiro recém-admitido e o enfermeiro supervisor é de capital importância para todo o processo (Macedo, 2012).

Os programas de integração, devem por isso, auxiliar a aceitação do enfermeiro pelo serviço, mais concretamente pela equipa de enfermagem, num menor tempo possível. Tal direciona-nos para a duração deste processo, que sendo variável, depende das necessidades imediatas e a longo prazo, quer do enfermeiro em integração quer do próprio serviço onde é integrado, bem como a facilidade de integração que o novo elemento vai demonstrar durante este processo. Contudo, a duração deste processo deve ter em conta o tempo necessário para que o enfermeiro em integração possa desenvolver as competências essenciais para o desempenho da sua atividade profissional. (Silva & Carvalho, 2002).

Assim sendo, o sucesso da integração vai depender da colaboração de todos os elementos da equipa, incluindo a chefia, sem que seja retirada a responsabilidade do elemento em processo de integração, uma vez que os resultados inerentes às suas práticas devem ser da responsabilidade de todos os profissionais envolvidos, constituindo cada elemento uma peça fundamental para a construção do trabalho em equipa e, conseqüentemente, para a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem prestados (Macedo, 2012).

1.2. Construção da identidade profissional dos enfermeiros

Entende-se que a compreensão entre o processo de integração vivenciado e a construção da sua identidade profissional do enfermeiro é fundamental, uma vez que a mesma é construída pela interação e significado que o enfermeiro dá a estas interações, bem como pelas aprendizagens e desafios profissionais vivenciados (Reis, 2016).

A identidade profissional do enfermeiro envolve um vasto campo de relação do grupo profissional com um conjunto de espaços sociais segundo os quais produz e reproduz determinadas relações com os saberes que lhe são característicos, com as condições simbólicas e imaginárias que tendem a definir a sua especificidade profissional, com os contextos sócio-técnico-organizacionais do exercício do trabalho futuro (Sheila & Padilha, 2016).

Compreendemos que a identidade profissional se forma dentro de um ambiente de trabalho coletivo, de relações com a equipa multidisciplinar, cliente e família, inseridas em situações de trabalho, marcadas por uma divisão hierárquica de trabalho e percursos de vida, marcados por imprevistos, continuidades e ruturas, eixos e fracassos (Reis, 2016).

O processo de construção da identidade profissional da enfermeira decorre de seus saberes, sua história, sua inserção nas diversas instâncias políticas bem como das relações que estabelece com os demais profissionais da área e com pessoas a quem presta cuidados (Queirós, 2015, p. 49).

Para Dubar (2005, p. 328): “os *saberes profissionais* que implicam articulações entre saberes práticos e saberes técnicos estão no centro da identidade estruturada pelo ofício”. A identidade profissional da enfermeira foi construída, baseada nos “atributos profissionais” (Carvalho, 2009, p. 27), idealizados por Nightingale, tendo como base os princípios de cuidados, administração, disciplina e a formação da enfermeira no espaço hospitalar. Pela incorporação da forma de pensar e agir de um grupo ocorre a socialização, a base da identidade profissional que se constrói em sucessivas socializações. Ao socializarem-se, os indivíduos apreendem os valores e as

normas do grupo que passa a ser referência nas suas atitudes, condutas e comportamentos (Dubar, 2005).

Entende-se que a IP do enfermeiro e a IP do grupo profissional de enfermagem estão por isso interligadas, fazendo desta forma sentido remetermo-nos à história da enfermagem e da construção da identidade de grupo da mesma.

Analisando a trajetória histórica da Enfermagem é importante salientar que o marco inicial do reconhecimento da Enfermagem como profissão deu-se a partir de Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna, centrando os seus esforços no desenvolvimento do saber técnico e científico da profissão.

Em Portugal, a enfermagem moderna surgiu com a constituição de espaços escolares destinados à preparação de enfermeiros. A primeira escola de enfermagem portuguesa, de carácter particular, foi criada por António Augusto Costa Simões, na cidade de Coimbra, em 1881. Entre experiências fátuas em diversos pontos do país, apenas em 1901 surgiu a primeira escola oficial de enfermagem, em Lisboa, anexa ao Hospital Real de S. José: a Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José. A partir da década de 20, do século passado, foram reformuladas as escolas existentes e criadas outras, de feição religiosa, já no interior do Estado Novo (Ferreira & Henriques (2012).

Na década de 40 do séc. XX, o Estado Novo envolveu-se numa reorganização da enfermagem portuguesa, tentando orientá-la de acordo com os princípios morais que defendia e colocando o grupo dos médicos como elementos de supervisão e de inculcação dos princípios do regime no grupo da enfermagem. Esta década marcou o início formal de uma forte intervenção estatal no domínio da enfermagem. O Estado assumiu um papel relevante no que diz respeito às configurações da enfermagem portuguesa, iniciando-se, deste modo, um processo de organização formal e oficial da enfermagem.

A partir da década de 40, moldou a enfermagem de acordo com um conjunto de princípios, normas e valores colocados a circular nas escolas de enfermagem, que deviam ser verificados por profissionais acreditados como os médicos que até à década de 60, da centúria de novecentos, administraram as escolas de enfermagem

(Ferreira & Henriques, 2012). Nesta altura, os médicos eram quem ocupava o espaço intelectual no interior das escolas, em detrimento dos enfermeiros que, basicamente, se limitavam a exercer tarefas técnicas, de execução simples e monitorização de alunos em contexto de prática clínica (Ferreira & Henriques, 2012).

Nesta altura, não é reconhecida competência aos enfermeiros da época para assegurar a formação dos futuros pares. O simples tirocínio prático já não era aceitável. Era conveniente assegurar que fossem bons ajudantes dos médicos, tendo para isso que compreender e aceitar o saber e a atuação médica. O Estado assumiu-se como defensor e zelador do bem comum, chamando a si o poder de seleção, recrutamento e fiscalização dos/as futuros/as enfermeiros/as (Ferreira & Henriques, 2012).

Deste modo, compreende-se que a identidade socioprofissional de enfermagem viu aqui a necessidade de desenvolver um conjunto de princípios orientadores do seu exercício profissional. Neste sentido, foi formalizado o ensino de enfermagem nas instituições escolares como forma de formalizar a profissão, impondo, contudo, exigências que vêm tanto da ciência médica como da moral dominante caucionada pelo Estado. Porém, e citando Ferreira e Henriques (2012, p.147):

“(...) o que parecia constituir um avanço e reforço da identidade profissional da enfermagem, sendo de facto um processo de valorização do Estado em relação ao grupo da enfermagem, precipitava-se com nova legislação ainda na mesma década que determinava a constituição do curso de Auxiliares de Enfermagem, em 1947, para responder às necessidades sociais mais rapidamente e com menores custos”.

Um outro fator que não abonava a favor da construção de uma enfermagem com prestígio eram as baixas habilitações literárias exigidas para ingresso no curso. Só com a reforma de 1965 é que ocorreu a afirmação identitária do grupo, uma vez que o ensino da enfermagem transitou, definitivamente, para os enfermeiros. Passaram a ser estes profissionais a ensinar os seus pares, transmitindo-lhes uma cultura própria, modos de estar e de saber-fazer do grupo. O diploma reforçava a ideia da articulação entre a teoria e a prática valorizando sobretudo as práticas clínicas em ambiente de trabalho (Ferreira & Henriques, 2012).

Em simultâneo com estas evoluções no que respeita á construção identitária da enfermagem também o seu conceito foi sofrendo transformações no sentido do equilíbrio entre um saber eminentemente prático e uma dimensão teórica, permitindo uma afirmação interprofissional particularmente no que respeita aos médicos, caminhando no sentido da cientificidade do saber em enfermagem.

Ao longo das décadas estas transformações da enfermagem foram-se fazendo notar sempre no sentido de uma maior afirmação da profissão, mas foi nos pós 25 de Abril de 1974 que o grupo profissional reivindicou maiores privilégios, melhorias nos salários e uma imagem profissional mais reconhecida socialmente (Ferreira & Henriques, 2012). Com o aparecimento de sindicatos livres o grupo socioprofissional teve mais fulgor e uma nova capacidade de negociação e reivindicação junto do Estado, ao nível da constituição de carreira própria manifestando-se no interior da sociedade, nomeadamente através de práticas grevistas. Também ao nível do ensino os sindicatos tiveram um importante papel na definição de políticas, programas e modelos de aprendizagem a instituir nas escolas de enfermagem através da organização de grandes debates que contavam com a participação de protagonistas de outras realidades nacionais.

Foi no início da década de 80 que se constituiu a carreira única de enfermagem (1981), onde foram organizadas hierarquicamente e em diferentes níveis, as categorias de enfermeiro, introduzindo-se a categoria de especialista como fator de promoção académica e profissional. Em 1986 a carreira de enfermagem foi considerada como um “corpo especial” (Ferreira & Henriques, 2012) revelando-se a natureza profissional do cuidar e a importância do grupo. Neste mesmo ano foi apresentada a Lei de Bases do Sistema Educativo Nacional, onde se elevava a existência de dois subsistemas de ensino superior: o universitário e o politécnico e em 1988 foi publicado o decreto que integrava o ensino de enfermagem no Sistema educativo Nacional.

Podemos afirmar que toda esta transformação constituiu uma referência fundamental no sentido da construção de uma identidade como grupo socioprofissional. Neste sentido, ao refletir sobre a especificidade da construção da identidade profissional dos enfermeiros Pimentel, Afonso e Monteiro, 2019, referem-

se a Collière (2000) onde assinala três tipos de preocupações referentes a este processo:

- I. A preocupação de construir um exercício específico da enfermagem, conducente à “demarcação do ascendente médico”.
- II. A aquisição de uma formação superior. O acesso à universidade permitiu ao enfermeiro sair do espaço unidimensional do hospital/escola e libertar-se da uniformização dos modelos sociais que este traduz, para descobrir a pluralidade de correntes de pensamento, a sua diversidade, a sua contradição, a sua oposição, bem como as diferentes opções sociais, económicas e políticas subjacentes. A formação universitária inicia o processo interrogativo, obriga a questionar, incita à argumentação. É pela formação universitária que a profissão de enfermagem adquire experiência no processo científico.
- III. A preocupação em valorizar a investigação profissional como atitude sistemática do problema das práticas. A investigação permite ao enfermeiro melhor compreender a natureza dos cuidados e agir sobre as condições de trabalho indispensáveis para os realizar e para melhor os viver, conquistando condições para que os seus saberes sejam construídos por eles próprios e não sejam subprodutos de outros saberes.

Refletindo sobre estes pontos entende-se que os enfermeiros, ao acompanharem a evolução dos cuidados, pretendem libertar-se de uma prática clínica rotineira, onde o enfermeiro apenas complementa o trabalho do médico e obedece às ordens institucionais instituídas, tornando a sua prática reflexiva e autónoma, participando ativamente nas políticas de saúde.

Contudo, e citando Pimentel, Afonso e Monteiro (2019, p. 176) “o papel do enfermeiro continua rodeado de controvérsias”. No sentido de melhor compreender as conceções que acompanham o desenvolvimento das práticas profissionais dos enfermeiros, é imperativo identificar quais as conceções profissionais inerentes à construção da identidade profissional, relacionando a aquisição e desenvolvimento de valores morais e sociais, assim como os conhecimentos teóricos e práticos, considerando que, quer as conceções ideológicas que envolvem as conceções sobre

a enfermagem como profissão, quer as estratégias de atuação desenvolvidas, irão condicionar a sua autonomia e conseqüentemente a sua identidade. (Pimentel, Afonso e Monteiro, 2019)

Entende-se a noção de identidade como sendo bastante complexa e, deste modo, objeto de grande diversidade de abordagens científicas. Se na sua maioria os autores lhe atribuem uma pluralidade de dimensões, as investigações sobre o tema dão relevância quer aos elementos intrapsíquicos, quer ainda aos processos de interação entre estes dois grupos de elementos (Pimentel, Afonso & Monteiro, 2019).

Segundo Pimentel, Afonso & Monteiro (2019, pg. 177), o processo identitário é entendido como algo complexo, relacional e que implica a sobreposição de dois processos: “o processo pelo qual os atores sociais se integram em conjuntos mais vastos, de pertença ou de referência fundindo-se de modo tendencial (processo de identificação); e o processo através do qual os agentes tendem a automatizar-se e diferenciar-se socialmente, fixando em relação aos outros distâncias e fronteiras mais ou menos rígidas (processo de identificação)”. Segundo os mesmos autores, a identidade não é nada mais do que o resultado ao mesmo tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições.

Os autores supracitados referem que a identidade tem duas funções fundamentais: a integradora e a adaptativa. A primeira é definida pela preservação do “Eu” como unidade integrada e a segunda permite a adaptação do indivíduo a situações relacionais. A identidade social tenta adaptar-se às normas, valores e modelos sociais, mas ao mesmo tempo vai conferir ao indivíduo a possibilidade de agir como ser único e diferente dos seus semelhantes (Macedo, 2012).

Para Dubar (2009) a identidade está ligada às posições que o indivíduo vai ocupar na sociedade. O mesmo autor defende que a identidade abrange três dimensões: o estatuto – posição na estrutura social; o valor – papel que o indivíduo desempenha na estrutura social; e a implicação – referente à importância do papel para a pessoa

visada, que se manifesta em termos de desempenho. Argumenta, ainda, que através destas três dimensões é possível apreender a identidade de qualquer indivíduo.

Podemos entender que a identidade é então um elemento de natureza dinâmica, relacional e situacional.

Johnson et al. (2012) propuseram-se estudar o desenvolvimento da identidade profissional ao longo da carreira, assim como, identificar os fatores que influenciam na mesma. Do seu estudo, concluíram que a identidade profissional se desenvolve ao longo de toda a vida. Começa ainda antes do início do curso, desenvolve-se através dele e prolonga-se por toda a sua carreira profissional. Vêm a formação inicial como o período chave, pois é durante a mesma que os estudantes adquirem os conhecimentos e as competências específicas da profissão.

Nesta linha de pensamento dirigimo-nos a Abreu ao referir que *“diversos estudos localizados na área das identidades profissionais tem demonstrado que apesar destas se sedimentarem após um contacto profundo e prolongado com os contextos de trabalho, a matriz, a identidade profissional de base é formada na escola”* (Abreu, 2001, pg. 18). O autor citado defende que o contexto de trabalho engloba as instâncias materiais e simbólicas onde o enfermeiro vai construindo uma identidade profissional provisória, que vai sendo atualizada pelas mudanças com as quais a profissão se confronta.

Neto e Ramos (2004), no seu estudo sobre identidade do enfermeiro, revelam que no quotidiano do trabalho os enfermeiros movem-se e relacionam-se, até onde o raio de ação dos seus atos permite. Neste sentido, referem que conflitos ou tensões contidas na organização do trabalho incidem na identidade profissional como marcas, refletindo-se nas relações entre os diversos profissionais envolvidos. Segundo os mesmos autores, a construção da identidade profissional do enfermeiro desenvolve-se na relação consigo e com o outro, na qual o outro diz e reafirma quem é o ser enfermeiro.

1.3. Supervisão clínica em enfermagem

A Supervisão Clínica em Enfermagem tem vindo a assumir um importante significado a nível europeu, na medida em que a evidência científica tem vindo a demonstrar a sua relação com a eficácia do atendimento e o incremento da qualidade dos cuidados (Snowdon, Leggat, & Taylor, 2017; Guy, Cranwell, Hitch, & McKinstry, 2020).

Entende-se que a qualidade dos cuidados de saúde não se encontra única e exclusivamente dependente do avanço da tecnologia, mas também da evolução do sistema humano, do cumprimento de critérios estabelecidos e da responsabilização, assim como das relações interpessoais entre os diversos atores sociais (Gonçalves, 2013).

Considerando que a enfermagem representa uma parte significativa dos recursos humanos de uma instituição hospitalar (Siqueira & Kurcgant 2005), entende-se que estes profissionais enfrentam um novo desafio, no sentido de dar resposta às novas necessidades impostas pela mudança (Jesus, 2012).

Para Carvalho (2016), esta realidade, conjuntamente com as atuais políticas de gestão hospitalar, exige uma integração onde se impõe agilidade nas substituições, o que interfere com tempo e conteúdo dos programas de integração. Pela natureza das funções que desempenham, os enfermeiros necessitam de apoio e de suporte contínuo na sua prática, pelo que a SC é amplamente aceite como um pré-requisito essencial, no apoio às práticas clínicas (Cruz, 2008; Pires, 2019), através da reflexão, orientação e suporte profissional (Nadirshaw & Torry, 2004; Silva, Pires, & Vilela, 2011, Pires, Reis Santos, Pereira, & Pires, 2021b).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) “O exercício de Enfermagem em Supervisão Clínica é determinante 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. Constitui-se, através do desenvolvimento de competências, como uma componente efetiva e de suporte para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, visando a obtenção

de ganhos em saúde.” Entende-se assim, que a Supervisão Clínica pode desempenhar um papel crucial no desenvolvimento profissional de habilidades e competências, no crescimento e autonomia, assumindo um mecanismo de apoio para a prática profissional, onde os profissionais podem partilhar experiências clínicas, organizacionais, emocionais e de desenvolvimento, num ambiente seguro, com a finalidade de reforçar conhecimentos e habilidades.

O processo supervisivo deve, por isso, compreender o desenvolvimento de competências, fornecendo suporte e encorajamento pessoal e profissional aos enfermeiros, podendo ser aplicado no âmbito da supervisão de estudantes (mentorship), na indução à profissão (preceptorship) ou na supervisão de profissionais (SCE). (Rocha, Reis Santos e Pires, 2015)

Assim, entende-se a SCE como um processo de colaboração formal, estruturado, que ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional. Deste modo, o acompanhamento profissional permite ao supervisionado desenvolver uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, da responsabilidade que lhe é intrínseca e desenvolver o conhecimento a partir da realidade das práticas clínicas. De acordo com Abreu (2007), abordar a temática da supervisão clínica é atender ao atual paradigma da formação em enfermagem. A supervisão clínica apresenta-se como um canal através do qual os enfermeiros podem explorar, sustentar e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais (Abreu, 2007).

A supervisão fornece, assim, orientação sobre o processo de aprimoramento dos cuidados com o objetivo de proporcionar uma transição mais saudável do enfermeiro em integração e otimizar o desenvolvimento das suas competências, com vista a fomentar a eficiência e a qualidade do seu exercício profissional. A supervisão facilita a aprendizagem, promove a construção da identidade profissional e fortalece o senso de camaradagem na equipa, permitindo ao novo membro, simultaneamente, um sentimento de integração na equipa de trabalho e autonomia na prestação de cuidados.

A supervisão realizada no decurso da experiência profissional dos enfermeiros, deve basear-se numa relação profissional centrada na exigência, na formação, no processo de cuidados e no desenvolvimento emocional, envolvendo uma reflexão sobre a evolução das práticas orientadas por um profissional mais experiente e com formação na área da supervisão.

Lalonde e Hall (2016) investigaram a influência de três variáveis intrínsecas ao enfermeiro supervisor clínico na adaptação do supervisionado ao ambiente laboral: a inteligência cognitiva (conhecimento teórico e prático de Enfermagem), a inteligência emocional, “the ability to monitor one’s own and others’ emotions, to discriminate among them and use the information to guide one’s thinking and actions” (Salovey & Mayer, 1990, p. 189); e a sua personalidade, concluindo que estes fatores relacionam-se com os resultados de satisfação laboral e aquisição do papel do novo prestador de cuidados.

Entendemos, por isso, que o supervisor clínico deve ser um enfermeiro com mais experiência, vinculado ao serviço, com formação em supervisão e com características para o desempenho da função, assumindo o papel de apoiar a socialização e facilitar a transição do enfermeiro para a prática num determinado serviço.

Segundo Benner (2001), a competência clínica em enfermagem é desenvolvida ao longo de um *continuum*. Durante o seu período de integração, o novo elemento de enfermagem deve obter experiências que sirvam de base para a sua prática de cuidados, com a supervisão e orientação de enfermeiros experientes.

Desta forma, durante o processo de integração do enfermeiro no serviço, o supervisor clínico acompanha o profissional em integração, de forma a ajudá-lo a desenvolver competências profissionais e confiança na sua capacidade para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de qualidade. A supervisão deve por isso basear-se numa relação profissional centrada na exigência, na formação, no processo de cuidados e no desenvolvimento emocional, envolvendo uma reflexão sobre a evolução das práticas orientadas por um profissional mais experiente e com formação na área da supervisão (Gonçalves, 2013).

King, Edlington e Williams (2020), destacam ainda, que a supervisão clínica deve ser vista não apenas como uma atividade educativa, mas também como um relacionamento e que é por meio desse relacionamento contínuo que uma série de atividades facilitadoras e avaliativas proporcionam benefícios mútuos para supervisores e supervisionados.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação científica constitui-se como método por excelência de produção de novos conhecimentos e de validação de saberes. Apresenta-se como um processo sistemático, rigoroso e flexível, assumindo especial destaque no avanço da ciência e do conhecimento próprio de cada disciplina (Fortin, 2009).

A investigação em enfermagem visa a produção de conhecimento sólido e novo, numa abordagem rigorosa e sistemática do objeto de estudo e subscreve como características fundamentais a organização e o planeamento da mesma (Burns, Grove, & Soriano, 2004).

A metodologia adotada num trabalho científico pretende refletir o caminho adotado pelo investigador, com vista a obter respostas às questões de investigação formuladas, com base no problema identificado e nos objetivos delineados para o estudo (Fortin, 2009). Assume-se ainda como principal alicerce de todo o processo investigativo, uma vez que permite que o investigador identifique e delimite o problema que pretende estudar, formule as hipóteses e as questões de investigação, defina os objetivos do estudo, estabeleça a amostra, elabore e aplique os instrumentos de colheita de dados, e analise os dados obtidos (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Assim, com base nestes pressupostos, neste capítulo, pretende-se apresentar as nossas opções metodológicas, tendo em vista a obtenção de resposta à questão de partida, que visa conhecer a perceção de enfermeiros sobre o seu processo de integração e construção da sua identidade profissional, bem como o papel da supervisão clínica neste processo.

2.1. Pertinência do Estudo

A integração é um contributo bastante importante para o funcionário, pois contribui para um reforço de motivação e de permanência deste, evitando, assim, a rotatividade de funcionários (Taylor, 2002 citado por Ferreira, 2008). Uma integração adequada permite à instituição atingir os seus objetivos, ao mesmo tempo que possibilita o desenvolvimento das potencialidades de cada elemento recém-admitido (Carvalho, 2016).

Entende-se que o processo de integração é particularmente importante para os enfermeiros, sobretudo na sua primeira experiência de trabalho, ou quando têm de mudar de serviço dentro de uma mesma, ou vindos de outra, instituição de saúde.

Por sua vez, as instituições hospitalares, em particular, recorrem cada vez mais ao regime de contratação de trabalho de curta duração, o que implica mais processos de socialização organizacional, nomeadamente os decorrentes, da integração dos enfermeiros (Silvestre, 2012).

Desta forma torna-se imperativo que a integração dos enfermeiros no contexto de trabalho seja organizada de forma a promover o desenvolvimento de novas atitudes profissionais, orientadas para a consecução da qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo ser criadas, por parte das instituições, as condições adequadas e o tempo de integração necessários para a execução de funções (Carvalho, 2016).

Assim sendo, consideramos pertinente o estudo sobre a influência que o período de integração pode ter sobre a construção da identidade profissional do enfermeiro, uma vez que esta não é mais do que o resultado ao mesmo tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições (Bellaguarda, Silveira, Mesquita, & Ramos, 2011).

A identidade profissional (IP) do enfermeiro, envolve por isso, um vasto campo de relação do grupo profissional com um conjunto de espaços sociais através dos quais produz e reproduz determinadas relações com os saberes que lhe são específicos,

com as condições simbólicas e imaginárias que tendem a definir a sua especificidade profissional e com os contextos sócio-técnico-organizacionais do exercício do trabalho futuro (Sheila & Padilha, 2016).

Entendemos que a construção da IP do enfermeiro tem estreita relação com as suas vivências enquanto grupo profissional, inserido num ambiente de trabalho onde as relações estabelecidas vão contribuir para o processo. Deste modo, consideramos ainda que a SC, tendo em conta todos os referenciais teóricos, pode também contribuir e influenciar este processo.

Compreende-se, assim, que a supervisão facilita a aprendizagem, promove a construção da identidade profissional e fortalece o senso de camaradagem na equipa, permitindo ao novo membro, simultaneamente, um sentimento de integração na equipa de trabalho e autonomia na prestação de cuidados.

Deste modo torna-se pertinente conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente ao seu processo de integração no serviço e construção da sua identidade profissional, tendo em vista contribuir para a melhoria do processo de integração de enfermeiros em contexto hospitalar e compreender o contributo da supervisão clínica em todo este processo.

2.2. Finalidade, questões de investigação e Objetivos

A presente investigação tem como finalidade contribuir para otimizar os processos de integração e construção da identidade profissional dos enfermeiros.

Considerando o tema deste estudo: *Integração dos Enfermeiros e Construção da Identidade Profissional: Contributos da Supervisão Clínica*, existiam algumas curiosidades, entre as quais consideramos importante definir as seguintes:

- Qual o modelo de integração em uso na Instituição?
- Qual a perceção dos enfermeiros sobre o seu processo de integração?
- Qual a perceção dos enfermeiros sobre a supervisão disponibilizada durante o processo de integração?

- Quais os fatores facilitadores e dificultadores do processo de integração?
- Qual a percepção dos enfermeiros sobre a relação da integração no seu processo de construção da identidade profissional?
- Qual a opinião dos enfermeiros sobre o papel da supervisão clínica na construção da identidade profissional?
- Qual a opinião dos enfermeiros sobre o perfil do supervisor clínico como promotor da construção da identidade profissional?
- Quais os elementos centrais, considerados pelos enfermeiros, de um modelo de integração promotor da construção da identidade profissional?

Após se delinear a finalidade, tornou-se necessária a estruturação dos objetivos do estudo, com os quais se procurou apontar, qual o fim que o investigador desejou alcançar, entendendo-se por isso essencial estes serem formulados de uma forma precisa, no sentido de servir de orientação à tomada de decisão associada a todo o percurso metodológico (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011).

Deste modo, os objetivos do estudo são:

- Conhecer o modelo de integração em uso na organização/serviços;
- Analisar a percepção dos enfermeiros sobre o seu processo de integração
- Analisar as percepções dos enfermeiros sobre a supervisão disponibilizada durante o processo de integração;
- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de integração dos enfermeiros;
- Analisar as percepções dos enfermeiros sobre a relação da sua integração na construção da sua identidade profissional;
- Indagar a opinião dos enfermeiros sobre o papel do supervisor clínico na construção da sua identidade profissional;
- Indagar a opinião dos enfermeiros sobre o perfil do supervisor clínico promotor da identidade profissional dos enfermeiros;
- Identificar os elementos centrais de um modelo de integração que os enfermeiros considerem promotor da sua identidade profissional.

2.3. Tipo de estudo

Tendo em conta a finalidade e a natureza específica da problemática que se pretendem analisar, optou-se por uma abordagem qualitativa de natureza exploratória, descritiva, uma vez que esta encerra os seus princípios num paradigma naturalista, conferindo ao estudo uma conceção holística, através do entendimento de um fenómeno em todas as suas dimensões, procurando uma compreensão alargada e global do mesmo, salientando o sentido e significação que o fenómeno reveste para os indivíduos (Fortin, 2009).

Considera-se o estudo como descritivo, uma vez que, segundo Fortin (2009, p.163) “(...) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta (...)”, e com a finalidade de, segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.177) “(...) observar, descrever e documentar os aspetos da situação (...)”.

No âmbito da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se ainda a conceção de que se procura entender o significado do fenómeno individual ou coletivo para a vida das pessoas e não estudar o fenómeno em si (Turato, 2005).

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

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

Quanto ao tipo de estudo adotou-se o exploratório e descritivo, pois consente atender à significação da experiência vivida pelos participantes e viabiliza a descoberta progressiva de temas e categorias que permitem explorar e descrever o

fenómeno em estudo (Fortin, 2009; Coutinho, 2011), pelo que se mostrou como o mais adequado neste caso.

Segundo o alcance temporal, esta investigação é do tipo transversal, uma vez que a obtenção dos dados ocorreu num único momento a todos os participantes.

2.4. Contexto do Estudo

O presente estudo centrou-se no CMIN, unidade do Centro Hospitalar do Porto (CHUP) com valências na área da mulher e neonatologia, situado no Porto.

Nesta etapa de seleção do contexto do estudo, teve-se em conta algumas considerações, nomeadamente a acessibilidade aos campos de investigação e o interesse particular do investigador em conhecer os factos que caracterizam o fenómeno de integração profissional de enfermeiros e construção da sua identidade profissional, naquele contexto, associado à intenção de poder contribuir, com as conclusões alcançadas, para a melhoria das dinâmicas supervisivas.

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

Neste sentido, cada organização é detentora de uma cultura própria, a partir da qual é possível entender os comportamentos, as atitudes e as escolhas dos diferentes atores que nela intervêm.

Com o intuito de se compreender todo o processo, iremos descrever os aspetos que caracterizam o referido contexto: o CHUP resulta da integração de uma unidade geral universitária (Hospital de Santo António), de um hospital especializado em doenças infectocontagiosas (Hospital Joaquim Urbano), de um hospital especializado em crianças (Hospital Maria Pia) e de uma maternidade (Maternidade Júlio Dinis). A

junção das valências e especialidades pediátricas e da mulher do Hospital Santo António, Hospital Maria Pia e Maternidade Júlio Dinis deu origem ao Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), uma unidade do Centro Hospitalar do Porto que, pela sua diferenciação técnica e capacidade instalada, tem legitimidade enquanto centro de referência a nível da região Norte em diversas áreas de intervenção.

Nas orientações para o exercício da Enfermagem, o CHUP apresenta como visão (Alves, E., 2021):

- Ser uma instituição reconhecida pela excelência nos cuidados de enfermagem, posicionando-os como uma referência na gestão, ensino, formação, inovação e investigação;
- Fomentar o desenvolvimento contínuo do exercício profissional, proporcionando um ambiente de crescimento e envolvimento do profissional na construção do seu percurso na instituição;
- Contribuir para o crescimento sustentável da diferenciação dos cuidados de saúde, integrado numa relação multidisciplinar e multiprofissional;
- Garantir contextos de aprendizagem para a formação pré e pós-graduada, que reflitam a qualidade dos cuidados da instituição e promovam a aquisição de competências nas diferentes áreas do exercício profissional;
- Potenciar a utilização de indicadores de ganhos em saúde na governação dos serviços, incrementando a eficiência na prestação de cuidados de enfermagem.

Como modelo conceptual de cuidados do CHUP, prevalece a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Ainda de referir a adequação dos recursos e criação de estruturas que obviem o exercício profissional de qualidade, cuidados gerais e especializados, como elementos centrais dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem do CHUP (Alves, E., 2021).

Referindo-nos em concreto ao CMIN, são mais-valias e capacidades, ser uma das unidades hospitalar com o maior número de partos (em número total absoluto) na

Região Norte do país. A atividade assistencial do CMIN caracteriza-se ainda, por forte aposta na diferenciação e integração multidisciplinar de diversas especialidades, no acompanhamento médico da grávida nas suas múltiplas doenças.

Também a Pediatria do CMIN constitui um importante centro de Doenças Raras, situações complexas passíveis de serem tratadas apenas em poucas unidades tecnicamente mais exigentes, com importante diferenciação nas Doenças Metabólicas, Imunológicas e Hematológicas, entre outras.

O CMIN tem urgência de Obstetrícia e Ginecologia em funcionamento 24 horas por dia, 365 dias por ano. É considerado o maior centro regional de nascimentos de alto risco (em número de partos por baixo peso e prematuridade) e ainda o maior centro regional de Cirurgia Pediátrica (em número de médicos especialistas), com áreas de alta diferenciação, para além de todas as outras valências já mencionadas (CHUP, 2020).

O grupo profissional de enfermagem é constituído por 330 enfermeiros, distribuídos pelos vários serviços constituintes do CMIN, assumindo-se como o maior grupo profissional da instituição.

No que respeita à integração dos enfermeiros, o CHUP possui Instruções de trabalho para os diferentes serviços, acessíveis a todos os profissionais, onde é definido o objetivo, âmbito, responsabilidades bem como a metodologia a adotar durante a integração do profissional. É ainda definido o perfil do Enfermeiro Integrador, referindo-se a este como o profissional de enfermagem, com perfil e características que o enfermeiro chefe considere essenciais (idoneidade; brio profissional; conhecimentos técnicos e científicos; bom desempenho profissional; capacidade de planeamento e uma boa relação interpessoal), para colaborar na integração de enfermeiros no serviço. Em relação ao período de integração estabelecido, este varia entre duas a quatro semanas, de acordo com o serviço em questão.

2.5. Grupo de Participantes

Na investigação qualitativa, a seleção dos participantes não ocorre de forma aleatória, obedece sim, a uma série de critérios para garantir que as características destes dão resposta aos objetivos do estudo (Fortin, 2009). A escolha dos participantes depende, por isso, da investigação e do contexto envolvente (Ribeiro, 2010). Desta forma os participantes são selecionados tendo em conta um conjunto de critérios que permitam assimilar o fenómeno tal como é vivido e relatado pelos mesmos (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009, p.311) a população é definida como “(...) um grupo de pessoas ou elementos com características semelhantes, (...) que satisfazem os critérios de inclusão definidos à priori e que permitem fazer generalizações”. Portanto, na sua globalidade, uma população representa “(...) um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados (...)” (Polit, Beccck, & Hungler, 2004, p. 221).

O tamanho da amostra neste tipo de investigação é definido, essencialmente, pela complexidade do fenómeno em análise, pela finalidade e objetivos do estudo e pela necessidade de informação relativa ao mesmo (Polit, Beck, & Hungler, 2004). No entanto, o número de participantes é por norma pequeno, definido pela saturação dos dados, ou seja, quando a aquisição de novos testemunhos já não traz nada de novo para a investigação.

Perante estes pressupostos, nesta investigação encontramos-nos perante uma amostra não probabilística intencional por escolha racional, uma vez que este método permite “constituir uma amostra de indivíduos em função de um traço característico” (Fortin, 2009, p. 322).

Da amostra constituída por seis enfermeiras, cinco encontravam-se a exercer funções no serviço de Puerpério e uma no serviço de Cirurgia 2 do CMIN. Definiu-se como critério de inclusão terem até 10 anos de experiência profissional, uma vez que se considera que teriam ainda presentes os seus processos de integração e o tempo de

exercício profissional considerado pertinente na construção significativa da sua identidade profissional.

Os participantes eram provenientes de diferentes serviços, possuindo perspectivas, formação e experiências diferentes, o que contribuiu para o enriquecimento do estudo.

2.6. Recolha de dados

Nas investigações qualitativas o principal método de recolha de dados é a entrevista, uma vez que permite ao investigador um contacto direto com os participantes, assim como aceder a uma vasta amplitude de dados para análise, que o sujeito entrevistado transmite com base nas suas ideias e opiniões, de forma não condicionada.

Para o presente estudo, tendo em conta o seu objetivo e a população alvo, o instrumento de recolha de dados utilizado foi um guião de entrevista semiestruturada, através da técnica do *focus group*. O *focus group* é entendido como uma técnica de avaliação rápida que pode fornecer uma riqueza de informações qualitativas sobre o desempenho de atividades de desenvolvimento, serviços e produtos, ou outras questões (Gonçalves, 2013).

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

Krueger e Casey (2009), definem o *focus group* como um método de investigação dirigido à recolha de dados, que localiza a interação na discussão do grupo como a fonte dos dados e, reconhece o papel ativo do investigador na dinamização da discussão do grupo para efeitos de recolha dos dados. Para além das características anteriores, salientam ainda a focalização da discussão num dado assunto, o seu contributo para a compreensão do tópico de interesse e o facto dos participantes que

os compõem terem alguma característica em comum e relevante face ao tema em discussão.

Entre o leque de possíveis usos dos *focus group*, Stewart et al. (2007) referem os seguintes como sendo os mais comuns: obtenção de informação sobre um tópico de interesse; gerar hipóteses de investigação; estimular novas ideias e conceitos criativos; diagnosticar os potenciais problemas com um novo programa, produto ou serviço; gerar impressões sobre produtos, programas, serviços, instituições ou outros objetos de interesse; compreender como os participantes falam acerca de um fenómeno de interesse, o que facilita o desenvolvimento de inquéritos ou de outros instrumentos de investigação de teor mais quantitativo; e, interpretação de resultados quantitativos obtidos previamente.

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

São inúmeras as vantagens atribuídas a esta técnica (Stewart et al., 2007; Wutich, Lant, White, Larson & Gartin, 2010), nomeadamente, o baixo custo e rapidez de resultados, o formato flexível que permite que o moderador explore questões imprevistas e a elevada interação entre os participantes, dado que se proporciona à discussão de tema ou assunto, desafiado em torno de um conjunto de questões lançadas ao grupo para dinamizar a discussão.

Nestes grupos, os participantes podem fornecer ideias e apresentar balanços, minimizando assim opiniões falsas e extremas. O papel do “gestor” de discussão é também importante e particular, sobretudo para orientar a discussão e o aprofundamento do tema, evitando que o “encontro” se torne vazio e desinteressante para o estudo (Morgan 1997, Bamford & Gibson, 2000).

No entanto, o *focus group* apresenta também algumas limitações (Bamford & Gibson, 2000), como: o seu formato flexível torna-se suscetível ao viés do investigador, que

pode comprometer a validade e a veracidade dos resultados; e as discussões podem ser desviadas ou dominadas por poucos indivíduos.

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

Durante a colheita de dados, o papel de moderador foi assumido pela investigadora responsável e sua orientadora, que possui mais experiência na aplicação da técnica e condução do grupo, e o papel de observador foi assumido pela coorientadora, que foi anotando as comunicações verbais e não-verbais e outros aspetos que fossem relevantes para a perceção dos dados.

Optámos por utilizar como instrumento de colheita de dados um guião de entrevista delineado para o *focus group* (Anexo I), constituído por oito blocos temáticos: Modelo de integração em uso na organização/ instituição; Perceções do enfermeiro sobre a supervisão disponibilizada no processo de integração; Fatores facilitadores e dificultadores do processo de integração; Perceções sobre a construção da identidade profissional; Papel do supervisor clínico na construção da identidade profissional; Perfil do supervisor clínico promotor da identidade profissional dos enfermeiros; Delimitar um modelo de integração que os enfermeiros considerem promotor da identidade profissional. O guião da entrevista de grupo continha questões abertas, divididas por ordem e de forma a dar resposta aos objetivos do estudo.

O guião supracitado, para a sessão de *focus group* realizada, foi elaborado pelas investigadoras, tendo por base quadro de plano/roteiro orientador da sessão de *focus group* proposto por Rosa, Amendoeira e Martins (2015).

Os mesmos autores, propõem a elaboração de um roteiro que conduza a sessão de *focus group* e divida o encontro em quatro partes distintas, as quais foram adotadas neste estudo: introdução, quando o investigador deve agradecer a disponibilidade e participação do grupo e propor a apresentação dos componentes; a legitimação do *focus group*, quando é solicitada a autorização para gravação do áudio da sessão, oferecido o termo de consentimento informado e assegurada a confidencialidade das

informações; o desenvolvimento, quando são apresentadas finalidade e objetivos do estudo, colocadas as questões estímulo à discussão e a discussão em grupo; e por fim a conclusão, quando se deve agradecer a disponibilidade e colaboração, disponibilizar-se para esclarecimentos futuros e garantir que os resultados estarão disponíveis após, a defesa, para consulta.

Como recursos humanos necessários, a investigadora e a orientadora, ambas com papel ativo na realização de questões e como moderadoras, e ainda, a coorientadora, como observadora, e as enfermeiras participantes.

Os recursos materiais exigidos foram: sala com capacidade para receber o grupo que possuía uma mesa redonda, permitindo melhor comunicação entre os participantes, computador e internet, guião do *focus group*, criado para este trabalho, e gravador de som.

O método de recolha de dados determinado pelo método *focus group* é considerado por Gonçalves (2013), um método rápido, de baixo custo e flexível para alcançar dados qualitativos ricos em experiências de fenómenos singulares.

Assim, foi constituído um grupo focal com o total de seis enfermeiros dos serviços de enfermagem que aceitaram participar no estudo, e apesar de não existir consenso no que se refere ao número indispensável de participantes para a excelência do método, Silva (2017) descreve que podem variar entre quatro e 20 participantes, sendo mais convidativo e participativo quanto menor for a composição do grupo, e mais fácil gerir a dinâmica pelos investigadores (Santos, 2019).

A entrevista em grupo foi realizada na sala dos Órgãos da ESEP Sede, no dia vinte e sete de Maio de 2021 e teve a duração de 150 minutos, sendo que, segundo Gonçalves (2013), este tempo pode variar entre uma e duas horas de contacto em local conveniente para os participantes e que permita a privacidade. A seleção do local deveu-se a ser de fácil acesso, possuir estacionamento gratuito, a sala possuía ótimas condições de luminosidade, ventilação, sonoridade, espaço, conforto e privacidade para todos os participantes.

Na data do encontro, foi distribuído ao longo da mesa oval canetas, conforme a disposição pensada, para que os participantes escolhessem um dos lugares a sentar, deixando as duas investigadoras num dos lados e os restantes participantes em frente. Optou-se por essa disposição pois, dessa forma, seria proporcionada uma comunicação ao mesmo nível entre os participantes e a mesa serviria de apoio, para manipulação dos documentos fornecidos: consentimento informado, questionário de caracterização sociodemográfica e outros documentos.

À chegada foi dada a indicação de que poderiam escolher algum dos locais marcados e foi entregue o termo de consentimento informado, livre e esclarecido, para a participação em investigação.

Foi ainda fornecido, antes do início da sessão, um questionário para caracterização sociodemográfica (Anexo 2).

De acordo com o já referido, a entrevista teve início com a introdução do *focus group*, apresentação do estudo e respetivos objetivos, das investigadoras, e das regras a serem aplicadas durante o decorrer da pesquisa, que também englobam as questões da gravação da sessão, a necessidade de falarem um de cada vez, de haver respeito pelas opiniões diversas e sobre a confidencialidade dos dados.

Decidiu-se por esta técnica uma vez que permite uma recolha de dados rica e flexível, bem como a espontaneidade e interação entre os participantes, que a aplicação de um instrumento individual não iria possibilitar (Santos, 2019).

A importância desta técnica é também abordada por vários autores, para viabilizar discussões participativas, elaborar estratégias de solução de problemas e transformar realidades, sempre baseada na troca de experiências dos participantes reunidos num mesmo local e durante certo período de tempo (Dall’Agnol, Magalhães, Mano, Olschowsky, & Silva, 2012; Kinalski et al., 2017).

A terceira etapa descrita por Fortin (2009) é a fase empírica e relaciona-se com a colheita de dados em campo, com a organização dos mesmos e como o plano anteriormente descrito é implementado; e ainda, segundo a mesma autora,

finalizando esta etapa as respostas devem ser atingidas caso as etapas sejam corretamente aplicadas.

Neste trabalho, esta etapa foi orientada através da transcrição do conteúdo recolhido em áudio, do *focus group* realizado, e posterior análise de conteúdo, segundo Bardin (2002), pela investigadora, com o suporte das orientadoras.

A última fase descrita por Fortin (2009) é a fase de interpretação e de difusão, quando ocorre finalmente a interpretação dos dados, analisados e apresentados. Por último, ainda nesta etapa, está prevista a divulgação dos achados por meio de publicações e apresentações, sendo este um desejo próximo das investigadoras.

2.7. Procedimentos de análise de dados

Os estudos de pesquisa qualitativa diferem entre si quanto ao método, à forma e aos objetivos. Ao longo do seu desenvolvimento, tende a ser direcionada, e não tem por objetivo enumerar ou medir eventos, não empregando por isso instrumental estatístico para análise dos dados. O seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva direcionada (Neves, 1996).

A fase de análise dos dados tem como finalidade estabelecer a sua compreensão, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e assim ampliar o conhecimento sobre o tema investigado.

A análise de conteúdo vem-se exibindo como uma das técnicas de análise de dados mais utilizada (Dellagnelo & Silva, 2005) e mais adequada à análise de dados qualitativos, abrangendo um conjunto de técnicas com o objetivo de encontrar sentidos escondidos nos discursos dos participantes quando entrevistados (Campos & Turato, 2009). Permite agrupar o conteúdo declarado nos discursos dos participantes, num conjunto de categorias de significação, com a finalidade de objetivar o mais possível esses significados (Carvalho, 2016).

No presente estudo adotámos a análise de conteúdo segundo Bardin (2009). De acordo com a autora, esta técnica confere a possibilidade de tratar, de forma

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

Bardin (2011, p.47) refere que a análise de conteúdo consiste:

“(...) num conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de receção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).”

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo decorre ao longo de três fases: a pré-análise, a exploração do material e por último, o tratamento de dados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais (Bardin, 2006). A organização propriamente dita envolve quatro etapas: leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da colheita de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; formulação das hipóteses e dos objetivos; referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (Bardin, 2006).

No presente estudo começou-se por realizar uma leitura flutuante do “*corpus de análise*”, para se estabelecer um primeiro contacto com as informações a analisar, no sentido de se estabelecer antecipadamente padrões e tendências e, desta forma, direcionar a pesquisa, sempre que necessário (Polit, Becc, & Hungler, 2004). Assim, foi possível a identificação de temas que emergiram do discurso dos participantes tendo em atenção os objetivos em estudo e delinear as áreas temáticas que resultam num sistema de categorias possível (Amado, 2000).

Posteriormente procedeu-se à exploração do material, a segunda fase do processo, onde se definiram as categorias e a identificação das unidades de registo com base

num sistema de codificação, classificação e categorização, com o objetivo de facilitar uma representação simplificada dos dados.

O tratamento dos dados, inferência e interpretação é a terceira fase proposta por Bardin (2011). Nela ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais, sendo este considerado o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 2011). Aqui o investigador pode deduzir inferências e apresentar propostas de interpretação dos dados, tomando por base os referenciais teóricos pertinentes para a investigação e que conferiram suporte ao estudo (Coutinho, 2011).

No presente estudo o conteúdo áudio da entrevista foi transcrito na íntegra pela investigadora principal, para suporte digital e guarda em formato Word®, com recurso à ferramenta “Microsoft Office Word 365”.

Após a transcrição da entrevista foi efetuada uma leitura flutuante do material recolhido, o que permitiu, de forma não estruturada, deter e organizar os aspetos considerados mais relevantes do discurso das participantes. Seguiu-se um período extenso de leituras mais aprofundadas, com o intuito de excluir dados de menor importância, assim como todos os elementos que de algum modo pudessem identificar os participantes, constituindo-se assim o *corpus* de análise.

Após conclusão das unidades de análise, procedeu-se à classificação e codificação das mensagens dos participantes em unidades de registo e agrupamento semântico das subcategorias e categorias em domínios. Ao longo deste processo foram consideradas as características a que deve obedecer uma categoria: a exclusividade, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e a produtividade (Bardin, 2011), características estas que conferem rigor e validade necessários às categorias finais identificadas, resultado de leituras exaustivas dos documentos em análise.

2.8. Considerações Éticas

Uma vez que a investigação na área da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas devem ser aplicadas desde que se inicia o trabalho. A ética está relacionada com a qualidade das técnicas de investigação, no que diz respeito ao cumprimento de obrigações profissionais, legais ou sociais para com os sujeitos do estudo.

Na investigação científica, as preocupações éticas tornam-se importantes através da indispensabilidade de respeitar os direitos e princípios éticos, especialmente no que concerne à confidencialidade e ao princípio da beneficência (Fortin, 2009). Martins (2004) diz que a metodologia qualitativa é aquela que mais questões éticas levanta pela proximidade entre investigador e investigados.

Durante o desenvolvimento do estudo imperou uma preocupação constante pelo respeito e pelos princípios éticos.

Num primeiro momento foi submetido pedido para realização do estudo à comissão científica e de ética do CHUP, o qual veio a ser deferido 30 de abril de 2021 (ANEXO III).

No início da entrevista foi efetuado o pedido de consentimento informado aos enfermeiros para participação no estudo e gravação do som das suas intervenções no *focus group* (ANEXO IV), o qual todos assinaram voluntariamente. Foram informados do seu direito de poderem interromper a sua participação em qualquer momento da investigação. Foi ainda fornecido a cada um dos participantes um documento com toda a informação relevante sobre o estudo (ANEXO V).

Foram adotados procedimentos que permitiram assegurar a privacidade, segurança e confidencialidade dos dados, acedendo aos mesmos apenas o (s) investigador(es) envolvido(s). No respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais foi garantido aos participantes que todos os dados por eles fornecidos assim como todos os dados referentes à sua identificação seriam mantidos sob confidencialidade. Foi também assegurado que todos os dados seriam usados única

e exclusivamente para fins desta investigação. Para isso, foram atribuídos códigos aos entrevistados que foram identificados ao longo do trabalho como E1, E2, E3, E4, E5 e E6.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo irá proceder-se à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, seguindo-se da apresentação, análise e discussão dos dados resultantes da entrevista realizada, sob a forma de texto narrativo, procedendo-se á apresentação das unidades de registo/contexto que emergiram da análise de conteúdo realizada, tomando por consideração os objetivos e questões de investigação que deram origem ao estudo.

A apresentação resultados (Anexo VI), análise e discussão dos mesmos, encontra-se organizada em subcapítulos, que derivam dos domínios que emergiram da análise do discurso das participantes:

- Vivência do processo de integração;
- Processo de integração em uso;
- Elementos centrais de um programa de integração promotor da identidade profissional;
- Enfermeiro Supervisor;
- Integração e construção da Identidade Profissional.

3.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes

Participaram na investigação seis enfermeiros, todos da mesma instituição hospitalar, sendo uma das características comuns não exercerem a sua profissão há mais de 10 anos.

Quanto às características socioprofissionais, verificou-se que a totalidade das participantes era do sexo feminino (n=6), solteiras (100%), com idade entre 25 e 35 anos (M=27.67; DP=2.21).

Relativamente ao grau académico, todas possuíam a licenciatura em enfermagem (100%), duas (33,33%) tinham o grau de mestre (Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Mestrado em Gestão), uma (16,67%) possuía uma Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem. Quanto às habilitações profissionais, uma participante (16,67%) possuía o curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia).

No que se refere ao tempo de exercício profissional, tinham entre um e sete anos de exercício (M=5.17; DP=2.41), todas com contrato Individual de trabalho por tempo indeterminado (100%). Apenas duas participantes (33,33%) tinham responsabilidades inerentes à integração de enfermeiros.

Quanto aos resultados que emergiram da análise do discurso dos participantes, identificaram-se cinco domínios em torno dos quais se agregam as respetivas categorias e subcategorias.

3.2. Vivência do Processo de Integração

Da análise do discurso dos participantes emergiram as subcategorias Insegurança, Ansiedade, e Stress, que foram agregadas na categoria Caos Inicial, resultando no domínio Vivências do processo de integração (Quadro 1).

Quadro 1-Vivências do processo de integração

Categorias	Subcategorias
Caos Inicial	Insegurança
	Ansiedade
	Stress

O processo inicial de integração num serviço, ou numa instituição, encontram-se frequentemente relacionados a experiências de stress e insegurança, associados às

novas atividades que necessitam ser desenvolvidas, conhecimentos que ainda necessitam ser aprofundados, o trabalhar com pessoas desconhecidas que, por vezes, adotam posturas intimidantes de avaliação, e que por vezes procuram as falhas no planeamento e execução das atividades do elemento recém-chegado (Silva, 2010).

Nesta fase é frequente ocorrerem sentimentos de ansiedade, angústia, incompetência e medo, relacionados com a falta de experiência profissional ou decorrentes de lacunas no seu percurso académico e/ou profissional (Bastos, 2001).

No presente estudo, as participantes referiram sentimentos de insegurança, ansiedade e stress, durante o seu processo de integração, sendo alguns destes sentimentos comuns a todos os integrados, independentemente da experiência profissional.

Foi perceptível que a maioria das participantes sentiu Insegurança durante o seu processo de integração:

E1 “(...) se ao final dos cinco turnos o enfermeiro não se sente preparado para assumir os cuidados e não lhe é dada oportunidade de prolongar a integração e de se tornar mais autónomo, sim, isso vai ter de certeza impacto nos cuidados que são prestados e na segurança com que os prestamos. (...) eu senti muita diferença a nível de segurança (...) não me senti tão segura como senti em Inglaterra sem dúvida.”; E6 “Confesso que no fim dessas duas semanas [integração] pela insegurança que eu tinha por estar num serviço tão específico como o de obstetrícia, verbalizei tanto com a enfermeira que estava comigo, orientadora, como com a enfermeira chefe que não me sentia segura para assumir turnos” E3 “Sim, sim é verdade, é muita insegurança! (...) será que somos nós que estamos a falhar? Naquele momento ficamos a pensar...será que somos nós?”; E4 “Sim, na nossa confiança por exemplo, eu acho que foi passado para aí dois anos de trabalhar lá, que eu me senti segura, porque acho que não fui bem integrada não é?”

A insegurança é descrita como falta de segurança para executar. Estes resultados corroboram Souza e Souza (2015), que referem que para o enfermeiro recém-

formado ou mesmo perante uma mudança de serviço ou instituição, a insegurança e o receio perante inúmeras dificuldades são um desafio que se inicia no processo de integração e que continua com a sua adaptação ao serviço.

Silvestre (2012), relata no seu estudo, que o sentimento de insegurança é comum aos profissionais que se encontram em processo de integração, onde a maioria dos participantes, independentemente da experiência profissional, relatam ter sentido intensa insegurança, medo e stress.

A Ansiedade é também referida pelas participantes numa fase inicial da sua integração.

E2 “Sim, como já referiu, o início foi mesmo muito complicado, eu não me sentia confortável por ir trabalhar, sentia mesmo muita ansiedade de saber que ia desempenhar aquelas funções sozinha (...).”

A ansiedade é caracterizada como um estado de tensão para agir. Este sentimento associa-se a uma fase inicial da integração do profissional, aliada ao desconhecido e à vontade de desenvolver intervenções de enfermagem corretamente.

Existe uma relação direta entre a ansiedade e o medo: o medo de agir, o medo de desconhecer a forma de realizar a atividade (Fernandes, 2004). O início da atividade profissional do enfermeiro pode ser marcado por inúmeras dificuldades, como os preconceitos relacionados à falta de experiência, idade jovem, falta de liderança, défice de habilidades técnicas e falta de apoio e estrutura da instituição de saúde (Souza, 2015). Tudo isto pode torna-se gerador de ansiedade para o enfermeiro recém-admitido, mas ao mesmo tempo pode ser um estímulo para a procura de novos conhecimentos técnico-científicos, motivando à sua afirmação e desenvolvimento profissional.

A falta de experiência, a falta de orientação assim como a necessidade de realizar novas intervenções e a falta de oportunidades para as realizar, bem como os conhecimentos ainda um pouco imaturos, foram considerados geradores de Stress:

E2 “(...) na altura houve uma alteração no serviço e eu acabei por estar a desempenhar funções num serviço de cirurgia, de ginecologia, um serviço

específico, em que eu não tinha praticamente experiência nenhuma, aquela altura foi geradora de muito stress para mim (...) sentia um stress enorme obviamente.”; E3 “(...) senti muito, e isso foi um fator de stress naquele momento (...) eu acho que o stress se deve muito a não termos as oportunidades de realizar determinados procedimentos.”; E4 “(...) nós não somos todos iguais e depois eu acho que nós não temos que ter este stress, isso não devia ser assim (...).”

O stress no trabalho pode ser entendido como um desajuste entre as exigências da profissão e as competências que o indivíduo possui para fazer face às mesmas, no sentido do desenvolvimento da sua ação, enquadrando-se aqui o stress dos enfermeiros em processo de integração (Carvalho, 2016).

O stress surge ainda como a mobilização inconsciente que o sujeito faz dos seus recursos, em resposta às exigências organizacionais e do trabalho (Carvalho, 2016).

O stress tem surgido ainda associado à resiliência. No entanto é considerado uma parte necessária da aprendizagem de vida e que pode fortalecer o indivíduo (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016). Entende-se desta forma o stress como a reação emocional, física e cognitiva que um indivíduo tem, para com uma situação que exige demais dele próprio (Carvalho, 2016).

O estudo de Zhang et al. (2016), corrobora com as participantes na medida em que a supervisão clínica eficiente resulta na diminuição do *stress*. Neste sentido, também Harrison-White & Simons (2013), se referem à transição do enfermeiro recém-licenciado para a prática clínica como um evento stressante, onde o enfermeiro supervisor é vital para dar suporte durante esta fase.

3.3. Processo de Integração em Uso

O segundo domínio diz respeito ao processo de integração em uso. No quadro 2 apresentamos as categorias e subcategorias que lhe estão inerentes.

Quadro 2- Processo de integração em uso

Categories	Subcategorias
Estratégias de supervisão disponibilizadas	Demonstração
	Observação
	Reflexão sobre as práticas
	Formação contínua
	Feedback
	Orientação
	Apoio
Contributos da SCE disponibilizada	Motivação
	Desenvolvimento profissional
Fatores Facilitadores	Experiência profissional anterior
	Formalidades do processo de supervisão
	Formação teórica
	Disponibilidade da equipa
	Características do supervisor
	Experiência do supervisor
	Metodologias de supervisão semelhantes
	Adaptação do tempo de integração às necessidades do enfermeiro
	Flexibilidade de duração da Integração
	Elaboração de portfólio de competências
	Material de apoio
Fatores Dificultadores	Ausência de metodologia de integração
	Inexperiência na área
	Carga emocional
	Inexistência de supervisor
	Inexistência de supervisão
	Diferentes metodologias de supervisão
	Incompreensão da equipa
	Duração Insuficiente da integração
Não valorização do supervisionado	
Planificação e Organização do processo de integração em uso	Apresentação da instituição/serviço insuficiente
	Duração insuficiente
	Ausência de objetivos específicos por serviço
	Ausência de análise dos objetivos da integração
	Monitorização deficiente do processo
	Experiência de ensino na instituição considerada para a integração

I. Estratégias de Supervisão disponibilizadas

O processo supervisivo envolve o desenvolvimento de competências, fornecendo aos enfermeiros suporte e encorajamento pessoal e profissional, tornando-se para isso fundamental que o supervisor clínico adote estratégias de supervisão dinâmicas e individualizadas, com o objetivo de promover o desenvolvimento de cada enfermeiro. Neste sentido, o supervisor deve selecionar as estratégias de supervisão que melhor se adequem à personalidade e características do supervisionado, com vista à otimização do seu desempenho (Rocha, Reis Santos e Pires, 2015).

Perante isto, o supervisor clínico deve ser detentor de conhecimento sobre as metodologias a implementar e saber providenciar os recursos adequados às necessidades de aprendizagem e desenvolvimento do supervisionado (Chong, 2009; Moura & Mesquita, 2010).

A correta implementação de estratégias supervisivas por parte do supervisor clínico, tendo em conta a individualidade e características do supervisionado, com vista ao estabelecimento de uma relação favorável à aprendizagem e os objetivos que se pretendem alcançar, juntamente com o comportamento, as atitudes e as expectativas relativamente ao supervisionado, vão ser determinantes para o sucesso ou insucesso do processo supervisivo (Pires, 2004; Fonseca, 2006; Jones, 2006).

Simões e Garrido (2007) identificaram como estratégias utilizadas pelos supervisores durante o ensino clínico, as quais poderão ser idênticas às utilizadas pelos supervisores no decurso da integração de novos elementos: prestar atenção; clarificar; servir de espelho; dar opinião; negociar; orientar; estabelecer critérios e condicionar.

Na opinião das participantes, a implementação de estratégias de supervisão adequadas e individualizadas é fundamental, uma vez que vão contribuir para a melhoria dos cuidados e para a segurança do supervisionado. No decorrer dos seus discursos podemos verificar que, na sua maioria, consideraram que não houve supervisão nos seus processos de integração, pelo que a implementação de estratégias de supervisão também não foi satisfatória para as participantes. Contudo,

foi possível identificar nos discursos as estratégias mobilizadas durante a sua integração, bem como estratégias que gostariam que tivessem sido adotadas pelo supervisor, nomeadamente: Demonstração, Observação, Reflexão sobre as práticas, Formação contínua, Feedback, Orientação e Apoio.

A Demonstração foi referida por algumas das participantes como sendo positiva e facilitadora, nomeadamente numa fase inicial do processo:

E4 “(...) vemos as colegas a fazer os procedimentos enquanto as acompanhamos (...)”; E3 “(...) numa fase inicial há muita apresentação e exposição daquilo que é importante saber, das coisas que são importantes reter, as coisas que são importantes ser observadas (...) basicamente (...) primeiro é apresentar-nos, fazer connosco e depois cada vez mais se vai afastando (...).”

A demonstração é um processo que permite ao supervisor clínico explicar ou ensinar ao supervisionado, como executar ou abordar uma determinada situação, dando ênfase ao desenvolvimento da prática e dos saberes na ação (Carvalho, 2003).

No estudo de Rocha, Reis Santos e Pires (2015), identificam a demonstração, observação e apoio, como as estratégias de supervisão mais frequentemente utilizadas.

No discurso foi também possível depreender que a Observação é referida pelas participantes, no sentido de orientar e sustentar as práticas antes da ação,

E4 “Logo no primeiro serviço que tive que era um serviço de cirurgia, foi como a colega também referiu, tínhamos 2 semanas de formação e depois um mês de supranumerário [em observação] (...).”

Estes resultados vêm confirmar os estudos de Tavares (2013), Carvalho (2016) e Pires, Pereira, Pires e Reis Santos (2021a) em que a observação é identificada como uma estratégia em uso nas organizações, sendo apontada como muito importante para os enfermeiros se sentirem mais seguros e poderem esclarecer as suas dúvidas antes de irem para a prestação direta de cuidados.

A observação é essencial nos processos formativos e desenvolvimentais, na medida em que facilita a identificação dos pontos fortes e frágeis do supervisionado, permitindo adequar as estratégias de supervisão às suas necessidades e potencial de desenvolvimento (Martin, Kumar, & Lizarondo, 2017; Snowdon, Leggat, & Taylor, 2017, Pires et al., 2021a).

Também Alarcão e Tavares (2018), referem que a observação é importante nos processos de supervisão para que nenhum episódio observável passe despercebido, o que a torna uma estratégia crucial para a análise e compreensão dos fenómenos observáveis e das razões que lhes subjazem.

Segundo Santos (2009), a construção dos saberes, por parte dos enfermeiros, advém em grande parte da experiência clínica, da observação, da reflexão sobre a prática que exige um permanente vaivém, um diálogo nos processos de interpretação, visando o autodesenvolvimento profissional.

De acordo com Oliveira (2010), a possibilidade de as pessoas aprenderem através de experiências, por observação do comportamento de outros e das suas consequências, possibilita o aumento rápido dos seus conhecimentos e competências através da informação veiculada por influências de modelação.

Neste âmbito, Garrido, Simões e Pires (2008) e Alarcão e Tavares (2018) destacam a observação como uma das estratégias supervisivas, que implica uma atitude objetiva e rigorosa, proporcionando a recolha de informação e a sua organização de modo a possibilitar a sua análise posterior.

Assim, na aprendizagem por observação durante o processo de integração em enfermagem, os supervisores assumem um papel fundamental, sobretudo enquanto modelos, de tal maneira, que os comportamentos e atitudes que posteriormente vão ser imitados pelos enfermeiros recém-admitidos, convertem-se em fontes de informação para as crenças de autoeficácia e influenciam o seu desempenho e habilidades de pensamento (Oliveira, 2010). É, por isso, necessário que os supervisores tenham este aspeto em consideração, e que adotem estratégias favorecedoras do fortalecimento dessas crenças nos enfermeiros, reforçando as suas condutas positivas e estabelecendo metas possíveis de executar.

A Reflexão sobre as práticas, foi referida pelas participantes como sendo de extrema importância para a sua integração:

E2 “(...) imaginemos que tínhamos ensinos de um banho para fazer, o supervisor deveria perguntar antes, olha diz-me o que é que vais dizer, explica-me como é que vais fazer os ensinos (...) e depois o que é que achas que podias ter feito melhor, o que achas que correu bem (...).”

Os resultados vêm confirmar a investigação nesta área. Pires, Reis Santos, Pereira e Pires (2021b) referem que o apoio na reflexão permite a integração do conhecimento, em particular em fases mais precoce do desenvolvimento profissional, em que as habilidades necessárias para os enfermeiros realizarem uma reflexão crítica eficaz nem sempre estão presentes.

A reflexão sobre as práticas é uma componente crucial da SC, constituindo-se como uma estratégia formativa essencial, que contribui para o desenvolvimento de capacidades formativas e para o próprio desenvolvimento pessoal e profissional (Rocha, 2014). Em situações formativas e de desenvolvimento profissional Pires et al. (2021b, pg. 51) consideram que é crucial “...ter acesso ao conhecimento e às experiências dos outros para aprofundar o nosso próprio conhecimento e pensamento, daí a relevância do acesso ao saber empírico e partilha das práticas de profissionais experientes. Os autores acrescentam, ainda, que a disponibilização deste apoio é da responsabilidade do supervisor clínico e dos colegas mais experientes.

Garrido, Simões e Pires (2008, p.99) afirmam que a prática reflexiva, instigada pela SC, oferece “(...) um equilíbrio e uma aliança entre sentimentos, intuição, habilidades emocionais, capacidade cognitiva e quadros conceituais”.

Também Rocha, Reis Santos e Pires (2015) verificaram que esta estratégia se situa nas primeiras mais frequentemente utilizadas, e consideram a análise crítico-reflexiva das práticas de extrema importância para o desenvolvimento de uma prática reflexiva, essencial para a criação de novos *insights* que poderão contribuir para transformar a prática, fomentando o aparecimento de novas perspetivas sobre cuidar de si e dos outros.

Neste sentido, o supervisor clínico ao aplicar esta estratégia deverá proporcionar a autonomia progressiva do supervisionado, questionando-o sobre a sua prática, no sentido de o ajudar a desenvolver capacidades para se questionar sobre a mesma (Carvalho, 2016).

Verifica-se ainda, no estudo de Sousa, Mata Rodrigues & Sousa (2019), que as estratégias de análise crítico-reflexiva das práticas se situam entre as primeiras estratégias de supervisão clínica em enfermagem.

Nesta área, são ainda relevantes os trabalhos desenvolvidos por Donald Schön (1983), a quem se atribui grande responsabilidade nos desenvolvimentos na área das práticas reflexivas, considera fundamental o desenvolvimento de uma prática reflexiva durante o período de formação profissional, identificando três elementos cruciais: conhecimento na ação, reflexão na ação e reflexão sobre a ação (Pires et al., 2021b).

Em síntese, a análise crítico-reflexiva constitui-se como uma estratégia formativa fundamental, uma vez que contribui para o desenvolvimento de capacidades formativas bem como para o desenvolvimento pessoal e profissional, sendo uma prioridade a criação de espaços para reflexão nos contextos da prática (Garrido & Simões, 2007, Pires et al., 2021b). A estrutura reflexiva nos contextos da prática contribui para a criação do espaço de pensamento reflexivo dentro do contexto de supervisão, permitindo aos supervisores atenderem às necessidades do supervisionado e do cliente (Gates & Sendiack, 2017).

A SC radica na reflexão, pois todo o processo supervisory só é relevante porque integra processos reflexivos, pelo que, a disponibilização de tempo para a SCE e respetivas sessões tem que contemplar, inevitavelmente, tempo próprio para a reflexão sobre as práticas e conjunturas envolventes (Dubé & Ducharem, 2015; Snowdon et al., 2017).

Outra estratégia mencionada pelas participantes foi a Formação contínua como estratégia de supervisão fundamental para aumentar os seus conhecimentos, promover o seu desenvolvimento e evolução como profissional:

E2 “Há um serviço no hospital, por exemplo, em que todos os dias falam sempre sobre qualquer tema específico do serviço e à sexta-feira fazem uma formação”;
E6 “Estes momentos são bons para quem está a chegar ao serviço, para quem se está a integrar (...).”

Estes achados vêm confirmar os alguns estudos realizados na área, nomeadamente, Pires (2004) concluiu que a formação contínua constituía uma estratégia formativa fundamental para os enfermeiros, no que diz respeito á atualização de conhecimentos e práticas, uma vez que favorece o acompanhamento do profissional ao longo do seu percurso, contribuindo, desta forma, para o seu desenvolvimento profissional. Rocha (2014) concluiu que os enfermeiros atribuíram ênfase à dimensão da aprendizagem ao longo da vida, pressupondo a aquisição contínua de competências, crucial no desenvolvimento profissional de qualquer enfermeiro.

O estudo de Carvalho (2016) também salienta a relevância da formação contínua pelo contributo que tem para o aumento do conhecimento e para progressão e desenvolvimento profissional, argumentando que importa que sejam contemplados momentos para a atualização profissional e formação contínua do enfermeiro, que deve ter supervisão contínua apropriada, com vista a uma progressão profissional (Carvalho, 2016).

O International Council of Nurses (ICN) (2014), considera a formação dos enfermeiros um dos pilares do seu desenvolvimento pessoal e profissional, sendo um requisito fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem.

No âmbito da formação em contexto de trabalho, a supervisão assume o seu significado e importância, no sentido em que é encarada como mecanismo de produção de conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional (Fonseca, 2006).

No decorrer da análise do discurso das participantes, foi ainda identificada a subcategoria Feedback, como estratégia importante para o desenvolvimento pessoal e profissional:

E1 “Para mim, o que eu senti, e que foi essencial, foi a crítica reflexiva. Ter um momento, ter vários momentos, em que me era feita uma apreciação, mas não

no sentido de uma avaliação formal, mas uma orientação sobre aquilo que eu poderia melhorar e refletir sobre aquilo que correu melhor ou pior e o que é que havia potencial para melhorar e uma reflexão em conjunto.”

O *feedback* é um processo interativo com o objetivo de promover a consciencialização do supervisionado sobre o seu desempenho. Partindo da ideia de que a competência se desenvolve na ação e de que sem retroação não há modificação de um estado, a heteroavaliação confirma e complementa a autoavaliação, constituindo-se como um pilar básico no desenvolvimento do supervisionado (Ping, 2008).

O supervisor clínico ao colocar esta estratégia em prática, deverá estabelecer e transmitir objetivos, demonstrando expectativas positivas quanto à evolução da aprendizagem e reforçando positivamente o desempenho adequado, ao mesmo tempo que sinaliza os erros ou aspetos menos conseguidos do desempenho, ajudando o supervisionado a identificar zonas de não saber, propondo desafios e apoiando as dificuldades, envolvendo-o no processo de desenvolvimento (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004).

Nos estudos realizados por Cross, Moore & Ockerby (2010) e Carvalho (2016), os participantes também concordam com a importância do Feedback dado pelo supervisor, no sentido de este ser construtivo para o desenvolvimento das suas competências, uma vez que se sentiram valorizados simultaneamente com a validação das suas ações por alguém mais qualificado.

Macedo (2012), salienta ainda, que no decorrer do período de integração, no processo superviso é fundamental que o enfermeiro supervisor dê feedback ao novo profissional, dando informação da “sua performance profissional”, salientando os pontos ainda a melhorar para o desempenho das suas funções eficazmente.

Outra estratégia identificada foi a Orientação:

E6 “(...) e a supervisão clínica, principalmente nessa terceira semana que eu tive, passou mesmo por uma supervisão de me deixar mais independente. Eu era, lá está, o elemento extra, mas nesse caso já foi mesmo aquela terceira semana,

um deixar-me independente só mesmo com a colega a orientar e a supervisionar de fora, não é?! E a tentar orientar-me, corrigir algumas coisas ou dar algumas indicações.”

O estudo de Simões e Garrido (2007) revela que quando o enfermeiro utiliza estratégias com a finalidade de orientar, este vai dizer o que se deve fazer, como por exemplo: *“vai fazer isto e aquilo, quero que, é assim que se faz”*. Evidenciam ainda, que os enfermeiros utilizam estratégias de supervisão para apontar o caminho que o supervisionado deve seguir, estando presentes, observando e acalmando-o, com a finalidade de orientar aquando da realização de procedimentos.

À semelhança dos autores supracitados, a entrevistadas consideraram que esta estratégia permite a independência do supervisionado mas sempre com o supervisor como guia, corrigindo e orientado a sua prática.

Por último, no discurso das participantes sobressai ainda o Apoio, na vertente de suporte pessoal e profissional, sendo o supervisor alguém de referência a quem o supervisionado pode recorrer no contexto da prática clínica:

E3 “(...) ela transmitiu-me muita confiança, muito conhecimento, estava sempre a questionar (...) isto também nos faz crescer, vamos aprendendo, adquirindo competências, vamos perder alguns receios, vamos ganhando confiança em nós próprios, vamos percebendo o que é prioritário.”; E6 “(...) orientar-me, corrigir algumas coisas ou dar algumas indicações, senti que foi fundamental para a prestação de cuidados”; E4 “ contribuiu bastante, é como um guia condutor, claro que com a experiência nós depois acabamos por definir a nossa técnica, o nosso trabalho, mas naquele momento acaba por ajudar um bocado e dá-nos conforto, ou seja, no início nós temos aquela experiência e seguimos aquele modelo, acaba por ser uma segurança!”

Os achados corroboram a investigação, sendo muitos os estudos que comprovam os efeitos positivos da SC, nomeadamente, como processo facilitador de apoio, essencial para o desenvolvimento profissional (Snowdon et al., 2017; Markey, Murphy, O'Donnell, Turner, & Doody, 2020; Pires et al., 2021a).

O Apoio, como estratégia de supervisão, tem como propósito, promover suporte ao supervisionado na sua prática clínica, minimizar o desgaste inerente ao exercício profissional e aumentar a satisfação pessoal, sendo por isso decisivo para o desenvolvimento do supervisionado a relação que se estabelece com o supervisor clínico e o suporte conferido pelos seus pares (Pinto, 2013).

No estudo de Rocha (2013), o apoio surge na terceira posição, no *ranking* das estratégias que os enfermeiros gostariam que fosse mais frequentemente implementada. Para a autora, compete ao supervisor clínico, criar um ambiente de apoio ao supervisionado, viabilizando a exploração das dificuldades, e otimizando a compreensão e a resolução de problemas, fomentando assim, a qualidade da prática e potenciando o seu desenvolvimento.

// Contributos da SCE disponibilizada

A supervisão clínica é um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação pessoal (Maia & Abreu, 2003).

A supervisão clínica deve proporcionar um clima de oportunidades, experiências e um modelo de tolerância que permita a cada profissional crescer e descobrir o seu potencial.

A SCE tem vindo a afirmar-se como uma ferramenta significativa para o desenvolvimento dos sistemas de gestão da qualidade, no que se refere à enfermagem, no sentido em que os seus principais objetivos se prendem com o desenvolvimento de competências profissionais que estimulam a segurança e a qualidade das práticas, integrando uma ponte de ligação direta entre a prática clínica e a qualidade dos cuidados (Garrido, 2004).

Atualmente a SCE é considerada como uma das dimensões relevantes nos processos da qualidade e acreditação, tendo em conta os ganhos que proporciona a nível de assistência (Abreu, 2007). É certo que, nas organizações de saúde onde são implementados programas de acreditação da qualidade, os enfermeiros mencionam mudanças positivas não só nos aspetos logísticos, mas também da própria organização dos serviços, o que contribuiu para uma melhoria a nível das práticas de orientação e supervisão, assim como nos cuidados oferecidos à população (Pires, 2004; Carvalho, 2016).

No discurso das participantes, verificou-se a importância dada à SCE, nomeadamente como promotora da Motivação dos enfermeiros:

E3 “Motivar!”; E1 “Reforço Positivo”; E4 “(...) se nós temos uma pessoa que tem um turno organizado, boa comunicação com os clientes, o procedimento técnico, como é que executa, como organiza o trabalho e o seu material, claro que nós depois nos sentimos motivadas para fazer igual, não é?!”; E5 “(...) foi fundamental para eu me sentir segura e não ter que passar por trabalhar sobre stresse, e senti motivação porque estava num serviço que me ajudava, que era disponível (...)”; E4 “A disponibilidade das pessoas para nos ajudar e, lá está, a compreensão que nós estamos num processo inicial e que é normal não sabermos as coisas, acho que isso é muito importante, isso é o que nos vai dar a segurança para depois nós melhorarmos (...).”

A SCE apresenta efeitos positivos na satisfação profissional, no aumento de conhecimentos e competências dos enfermeiros, no sentimento de segurança em situações clínicas complexas e no desenvolvimento pessoal, reportando-se ainda vantagens na melhoria da autoestima, motivação, bem como o aumento da confiança (Kilcullen, 2007; Henderson, Ossenberg, & Tyler, 2015; Zhang et al., 2016).

Um profissional motivado e satisfeito, usufrui de uma sensação de bem-estar, o que se reflete na sua satisfação profissional e, naturalmente, na qualidade dos cuidados de enfermagem (Neves, 2013).

Pela evidência científica, podemos afirmar que os programas de supervisão incrementam a motivação dos profissionais das organizações de saúde e, em

consequência, a sua produtividade, o que leva a uma maior eficácia no trabalho (Goode & Williams, 2004; White & Winstanley, 2006; Halfer, 2007; Carvalho, 2016).

Por sua vez, o supervisor deve conhecer e dar atenção a todos os supervisados, estimulando-os e motivando-os individualmente para que vençam as suas expectativas pessoais, facultando o auxílio e orientações necessárias, ao mesmo tempo que lhes imprime as atitudes apropriadas, o interesse e atitudes apropriadas ao contexto (Monteiro, 2014).

Na perspetiva das participantes, a supervisão disponibilizada no processo de integração, deve ser um veículo do Desenvolvimento profissional:

E2 “Eu acho que à medida que vamos fazendo é que vamos ganhando confiança. É com o tempo efetivamente (...); E5 “(...) os conhecimentos foram facilitadores do meu percurso profissional.”; E3 “(...) serviu para que eu me tornasse melhor (...) chegar a casa e ler, organizar, não ter receio de perguntar, (...)”; E2 “(...) teve um papel importante e apesar de ter sido um curto tempo sem aquela supervisão acho que não conseguiria desempenhar funções naquele serviço.”; E4 “(...) quem me integrou acaba por ser um pouco responsável pelo meu interesse pela aprendizagem, pelo meu percurso (...).”

O estudo de Chen & Lou (2014), corrobora com o discurso das participantes, referindo a eficiência da SC disponibilizada como promotora do desenvolvimento de competências e da melhoria da qualidade/ segurança dos cuidados.

Segundo Alarcão e Canha (2013), o desenvolvimento profissional tem por base um processo sistemático de aprofundamento e reconstrução do conhecimento, com vista à melhoria da prática e depende de um sistema de aprendizagem contínua, da partilha de experiências colaborativas, de um forte investimento pessoal e comprometimento com a profissão.

Os contextos de trabalho assumem-se como espaços privilegiados para a criação intencional de oportunidades de aprendizagem, exercendo grande influência sobre os profissionais, no sentido em que promovem mudanças nos domínios cognitivos, psicomotor e atitudinal (Varanda & Lopes, 2012).

Concomitantemente, os enfermeiros vão aprender na interação com os pares, sendo fundamental o investimento em estratégias que promovam o desenvolvimento de competências, onde a SC *“surge como aliado nesse propósito, ao definir-se como atividade que acompanha e apoia o processo”* (Alarcão & Canha, 2013).

Desta forma, a construção e desenvolvimento profissional dos enfermeiros durante os processos de integração determina a SC como processo constante de desenvolvimento e de entreaajuda entre pares envolvidos no processo, fundamentada numa relação supervisiva positiva que vai permitir o estabelecimento de uma atmosfera afetivo-relacional (Alarcão & Tavares, 2003).

Os serviços de saúde devem assumir a responsabilidade de proporcionar um ambiente facilitador de aprendizagens e desenvolvimento profissional, uma vez que são os contextos de trabalho que vão atribuir um significado às práticas de saúde, no sentido em que estes estão sujeitos a uma dinâmica cognitiva e avaliativa definida em contexto, em contacto com um conjunto de materiais, relacionais e simbólicos próprios ao funcionamento de uma organização de saúde (Carvalho, 2016).

///. Fatores facilitadores

No que se refere ao processo de integração, as participantes consideraram que existem fatores facilitadores do mesmo, designadamente: a Experiência profissional anterior, a Formalização do processo, a Formação teórica, a Disponibilidade da equipa, as Características do supervisor, a Supervisão por elementos experientes, a Existência de metodologias de SC semelhantes, a Disponibilidade do supervisor e da chefia, a Flexibilidade da duração da integração, a Elaboração de um Portfólio de referências, o Domínio da língua e a existência de Material de apoio.

A Experiência profissional anterior é salientada no discurso das participantes como tendo sido um fator facilitador do seu processo de integração:

E3 “Eu quando cheguei ao CMIN, já era profissional há bastante tempo, não tive nenhum problema com a parte técnica (...) a parte facilitadora foi muito a experiência profissional ajudou um bocadinho, naquela fase inicial. (...), foi o que me faz sentir à vontade (...) Facilitador no meu caso foi mesmo a minha experiência profissional (...); E4 “Para mim, como eu já tinha trabalhado num outro serviço de obstetrícia, se calhar, não preciso das três semanas! (...) e a minha experiência profissional, acho que se eu não tivesse experiência profissional acho que teria sido mais difícil, era uma insegurança muito maior.”

De acordo com estudos realizados por vários autores, os anos de experiência influenciam a percepção da autonomia profissional (George et al., 2002; Papathanassoglou et al., 2005). Ainda no estudo de Carvalho (2016), a experiência profissional anterior é vista como um fator facilitador do processo de integração pelas participantes.

Ainda no estudo de Trindade (2020), a experiência profissional é apontada como fator facilitador no processo de adaptação a nova realidade e que, por sua vez, pode influenciar na programação do tempo de duração da integração.

Também para Macedo (2012), as experiências profissionais dos enfermeiros em integração, influenciam o processo de integração facilitando este processo e por consequência influenciando o tempo necessário para a integração.

Desta forma, podemos afirmar que a experiência em contexto da prática surge como uma relevante fonte de aprendizagem, por consequência dos momentos formativos de eleição que ocorrem durante a mesma.

Ao longo da entrevista, verificou-se que duas das entrevistadas possuíam experiência de integração em unidades hospitalares no estrangeiro, o que a nosso ver, veio enriquecer o estudo, no sentido de conhecer e perspetivar vivências diferentes deste processo. Nesta lógica, e de acordo com o discurso de uma das participantes, a Formalidade do processo de integração tornou-se o ponto-chave para o sucesso da sua integração, sendo um aspeto facilitador para a própria:

E1 “Em Inglaterra havia um departamento de formação responsável pela integração de enfermeiros, pessoas que têm formação em supervisão clínica de enfermeiros e que são responsáveis por integrar os enfermeiros, são eles também que determinam que formações é que acham que são essenciais o enfermeiro ter desde o início, (...) as tais guidelines e aquilo que é essencial e base para o enfermeiro começar a trabalhar e exercer funções (...) Para mim, o fator facilitador foi sem dúvida o facto de ter um processo formal e um documento formal pelo qual eu me podia guiar durante o processo de integração (...).”

É de salientar que os programas de SC são geralmente encarados como bons investimentos considerando os custos significativos associados ao abandono da profissão e outros benefícios, como maior motivação e produtividade dos enfermeiros (Begat, 1997; Charleston e Happell, 2005; Coelho, 2012; Cottrell, 2002; Decicco, 2005; Rocha, 2013).

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

No estudo de Carvalho (2016), as participantes referem-se á inexistência de uma formalidade do processo de integração como fator dificultador, o que vem corroborar com o presente, na medida em que um plano de integração formalizado pode ser promotor de uma boa integração.

A Formação teórica foi também um fator facilitador enumerado pelas participantes onde a formação teórica fazia parte do processo de integração:

E1 “Nas primeiras duas semanas fazíamos manhã, tínhamos sessões teóricas sobre alguns domínios técnicos e bases para o serviço onde íamos trabalhar”;
E4 “(...) tive a mesma experiência, duas semanas em que nós tivemos sessões teóricas, algumas sobre processos técnicos de enfermagem, outros mesmo sobre o funcionamento da instituição sobre a instituição. Ou seja, conhecer as normas da instituição, quais são os valores, medidas de segurança por exemplo

a formação do risco, do fogo da catástrofe nós temos que saber isso, não podemos ir trabalhar sem saber identificar no hospital.”

A opinião das participantes vem ao encontro do descrito na literatura. Alves (2014) realça que a formação fornece instrumentos e conhecimentos que promovem o crescimento pessoal e promovem a qualificação do trabalho, constituindo-se como um fator de promoção do desenvolvimento, com impacto ao nível das competências pessoais e profissionais, imprescindíveis para que o profissional atue como formador de opinião e como agente transformador da sua prática e do contexto em que se insere.

No estudo de Cruz (2012), os enfermeiros atribuíram ênfase à dimensão da aprendizagem ao longo da vida, considerando-a essencial no desenvolvimento profissional de qualquer enfermeiro. Também no estudo de Carvalho (2016), a formação foi referida como favorável ao desenvolvimento profissional e aquisição e conhecimentos.

Segundo Chiavenato (1981, p.199), a integração envolve aspetos referentes à “transmissão de conhecimentos específicos relativamente ao trabalho, atitudes relativas aos aspetos da organização e do ambiente e desenvolvimento de habilidades”.

Para Alarcão e Tavares (2018), no que concerne à formação interna, é fundamental que o processo de supervisão se desenvolva no contexto de uma visibilidade crescente das instituições de saúde como “espaços de formação reflexivos” que se traduzem no reconhecimento de que os profissionais possuem a capacidade de pensarem as suas práticas e reconstruírem o conhecimento a partir do seu campo de ação.

Outro aspeto facilitador e valorizado pelas participantes foi a Disponibilidade da equipa:

E2 “(...) sempre tive a disponibilidade de toda a equipa sempre que não me sentia confiante tinha sempre uma colega disponível para me ajudar.”; E5 “(...) acho que isso foi o que facilitou, ter uma equipa sempre disponível para ajudar

(...) acho que o processo de integração foi facilitador e também pela equipa em si, por estar sempre disponível, ter aquela segurança (...); E4 "(...) como facilitador, a equipa, apesar de não ter um elemento, a equipa como referência é muito flexível, disponível, com muita experiência na área (...)."

Para as participantes, o acolhimento e disponibilidade da equipa foi fundamental para que se sentissem integradas e confiantes, o que corrobora o estudo de Pinheiro (2012), que afirma que ser-se bem acolhido no hospital e na equipa de enfermagem, irá repercutir-se em todo o processo assim como no desempenho profissional, uma vez que o processo de integração é um período crítico, fortemente influenciado e influenciador do bem-estar e satisfação profissional.

Vaz Serra (2007) considera que a existência de boas relações interpessoais dentro de uma empresa, vão determinar uma melhor saúde e bem-estar do indivíduo e consequentemente aumentam a capacidade de envolvimento no trabalho, o que vem ao encontro da opinião das participantes.

Ainda Hussein et al. (2017), identificam o apoio da equipa e o ambiente de suporte como fatores facilitadores da integração.

Da análise do discurso emergiu também a subcategoria Características do supervisor, referida como facilitadora do processo de integração:

E5 "(...) tendo aquelas determinadas características: disponibilidade, conhecimento, dar-nos autonomia, mesmo estando a ser supervisionado, acaba por nos facilitar o percurso quando temos que prestar os cuidados autonomamente e temos a responsabilidade sobre os nossos clientes."

Os achados corroboram os de Carvalho (2016), que concluiu que determinadas características do supervisor clínico são facilitadoras do processo de integração dos enfermeiros, em contexto hospitalar.

Também Lalonde & McGillis Hall (2017), concluem que as características dos enfermeiros supervisores poderão influenciar o desempenho dos enfermeiros e ter impacto na socialização deste à vida profissional.

De acordo com Garrido, Simões e Pires (2008), os supervisores devem ser profissionais experientes, que devem ter por principal objetivo supervisionar e preparar futuros profissionais e/ou pares, o que é corroborado com os nossos achados, decorrentes da opinião das participantes.

Coelho e Lourenço (2004, p.22), consideram que o sucesso na integração depende principalmente das características ou qualidades de quem faz a integração e da utilização apropriada de técnicas, isto é, “o enfermeiro integrador tem (...) um papel importante, possuindo determinadas habilidades técnicas, humanas e conceptuais”.

A Experiência do supervisor, foi emergente da análise do discurso das participantes, no sentido em que, para além de fator facilitador, foi também um fator de motivação e aprendizagem:

E1 “(...) no meu caso estava alocada a dois enfermeiros que estavam a supervisionar a minha integração. (...) Era acompanhada por duas colegas já com alguma experiência no serviço. (...) No serviço não tínhamos naquele momento ninguém com formação específica em supervisão clínica (...) mas só podia supervisionar um colega quem é mentor [experiência].”; E6 “(...) era uma colega mais velha, especialista, mas também já com alguns anos na casa mesmo na instituição e pelo que eu percebia, pelo que ela me dizia e pelo que a chefe dizia, já tinha estado nesta situação. Já tinha feito esse tipo de supervisão, tanto com alunos como com outros colegas em integração. Por isso, já não era a primeira colega que ela estava a integrar. Eu senti isso, que ela estava muito à vontade. (...) Houve supervisão clínica, como algumas colegas já referiram, houve o cuidado de ficar atribuída a uma especialista. (...) dá-nos confiança sabermos que aquela pessoa já supervisionou, que já tem outros conhecimentos (...) A parte facilitadora sem dúvida que foi os supervisores. Tive a sorte, acho eu, de ter em todas as integrações supervisores que tinham estas características que nós temos falado, de estarem disponíveis e, pronto, terem muita experiência.”; E3 “Acabamos por ter muitas realidades, se for uma pessoa com muita experiência vai-nos dizer - “Isto pode ser feito assim, mas também dá para fazer assim...” - ou seja, ficamos logo com uma abrangência muito maior.”

O discurso das participantes vai no sentido do que afirmam Alarcão e Tavares (2003, p. 58) quando referem que o supervisor deve ser entendido “... *como alguém, com mais experiência e com conhecimentos mais consolidados, claros e refletidos sobre situações, dificuldades e problemas semelhantes, que é antes de mais um colega, um profissional que adota uma relação adulta de acolhimento, ajuda e formação numa relação dialogante, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária, responsável.*”

Ainda no estudo de Silva *et al.* (2013) alguns enfermeiros referiram a qualificação dos profissionais da equipe multiprofissional e a experiência de seus membros na área de saúde mental como elementos que favorecem seu exercício profissional.

No seguimento da subcategoria anterior emergiu ainda a subcategoria Metodologias de supervisão semelhantes:

E1 “...eram pessoas que utilizavam metodologias também muito semelhantes e isso ajudou. Eu tive feedback de outras colegas que tinham percepção que com pessoas diferentes que havia ali às vezes alguma confusão. Eu não senti isso, senti que correu bem.”; E4 “(...) depois passei para um serviço de recobro, mais específico, em que voltei a fazer um mês como supranumerário sempre com a mesma equipa, não com o mesmo profissional, não com o mesmo enfermeiro, porque não era possível. Mas dentro da mesma equipa ia rodando entre um e outro enfermeiro e a metodologia acabava por ser semelhante, e não me fez confusão.”

Esta perspetiva é congruente com o estudo de Trindade (2020), onde os participantes consideraram essencial no período de integração existirem linhas orientadoras semelhantes, fazendo referência que deveria ser proporcionado ao novo elemento manter-se na equipa onde foi integrado, uma vez que cria um clima de maior confiança e estabilidade para a pessoa em integração, favorecendo a continuidade e uniformidade no acompanhamento.

De acordo com as entrevistadas, a Adaptação do tempo de integração às necessidades do enfermeiro, foi fundamental na sua adaptação e confiança para passar do período de integração ao assumir de funções autonomamente:

E6 “... houve uma reunião entre mim e a enfermeira orientadora que estava comigo e a enfermeira chefe, para discutir se eu já me sentia integrada e preparada para começar a assumir doentes. Sendo que nesse mês, ou seja, mais uma semana que era o que faltava para o fim do mês, eu fiz mais turnos diurnos no sentido de estar mais acompanhada, mais em equipa e, portanto, foi um cuidado extra. Mas houve essa reunião para discutir se achava que estava apta e se me sentia confiante para assumir os doentes. (...) Haver essa abertura e essa supervisão..., a própria supervisora, assim como eu, tinha a mesma noção, o mesmo entendimento de que eu ainda precisava de mais tempo. Houve essa abertura não é?! Não foi aquele tipo de supervisão que se calhar muitas colegas tiveram que é - “Ok, vai estar comigo estas duas semanas, ao fim das duas semanas...”; E5 “(...) no final das duas semanas fizemos uma avaliação e depois, por concordância, e como já tinha falado com a minha enfermeira supervisora, achámos que era mais benéfico realmente ficar mais uma semana em integração, para haver uma maior consolidação e maior segurança na prestação de cuidados, porque depois, sendo o primeiro trabalho (...).”

Também na perspetiva de uma das participantes com experiência de integração no estrangeiro, para além da vivenciada no contexto do estudo, a Flexibilidade de duração da integração foi um fator relevante:

E1 “Sim achei que o fator mais positivo foi terem dado a oportunidade de no final daquele tempo base de prolongar, se achássemos que ainda não estávamos prontos (...). Sem dúvida que eu senti que foi essencial essa semana extra ao que é considerado integração pela instituição. Naquela semana senti-me muito mais independente em prestar os cuidados, muito mais autónoma, coisa que eu não tinha sentido antes.”

No estudo de Silva *et al.* (2013), o apoio dos coordenadores nos serviços foi destacado por muitos enfermeiros como facilitador das atividades que desenvolvem, destacando o importante papel da gestão. A recetividade dos coordenadores no sentido de escutar e acolher as demandas dos profissionais revela que o bom relacionamento possibilita a integração da equipe multiprofissional, na perspetiva de construção coletiva do trabalho (Guimarães, Jorge, & Assis, 2011).

Carvalho (2016) concluiu que a duração do tempo de integração deve ser variável, e de acordo com as necessidades imediatas e a longo prazo do serviço e do enfermeiro em integração, assim como da facilidade de integração com que o novo elemento demonstre durante o processo.

Também o estudo de Oliveira (2020), vem corroborar com o referido pelas participantes, afirmando que qualquer programa deve ser flexível e adaptado às diferentes realidades, bem como cada enfermeiro que inicia o processo de integração necessita de tempos de integração diferentes, quando comparado com outros, os quais devem ser respeitados e avaliados continuamente durante o processo de integração.

Da experiência decorrente dos seus processos de integração no estrangeiro duas participantes referiram a importância da Elaboração de um Portfólio de competências como uma mais-valia, sobretudo no seu percurso profissional:

E1 “(...) tinha acesso, durante este período, a uma espécie do portfólio em que eram assinadas pelos supervisores as competências que eu ia atingindo ao longo da integração. E este portfólio acompanhou-me ao longo de todo o tempo que eu trabalhei no serviço. E4 “Depois, uma coisa interessante é o livro que a colega falou, com as nossas competências. É algo a nível das competências técnicas que nos acompanha para outros hospitais, o que é como se fosse parte do nosso processo. Eu tive a experiência de fazer integrações em diferentes hospitais, em três diferentes, e levei sempre esse livro de competências comigo. Sendo que quando chegava a um hospital aquilo era tipo um ID em que realmente já não precisava de ser reavaliada, e já poderia usar essas competências depois de uma semana com um profissional a acompanhar-me e realmente validar que as tinha.”

O portfólio, no âmbito da formação e educação, pode ser definido como sendo uma “derivação dos dossiers de estágio e/ou diários de bordo, instrumentos retentores e organizadores de informação relativa aos processos levados a cabo pelo formando (...) e objeto primordial de avaliação no final do processo individual de formação” (Sá-Chaves, 2004, p. 21).

Alarcão e Tavares (2003), também se revêm nas ideias de Sá-Chaves, tendo, também, experiência na utilização desta metodologia, no domínio da formação de professores, definem o portfólio como sendo “um conjunto coerente de documentação refletidamente selecionada, significativamente comentada e sistematicamente organizada e contextualizada no tempo, reveladora do percurso profissional.” (p. 105).

O portfólio pode ainda ser definido como sendo uma “coleção muito pessoal de artefactos e reflexões sobre os seus ganhos, aprendizagens, pontos fortes e melhores trabalhos.” (Wyatt III & Looper, 2004, p. 2).

O estudo de Cotta, Costa e Mendonça (2013), corrobora o referido pela entrevistada, entendendo o portfólio como ferramenta facilitadora da aquisição de competências, ao fomentar nos estudantes a possibilidade do exercício de vivências pessoais e relacionais, facilitando a descoberta de potencialidades para a prática profissional no campo da saúde. Os achados deste trabalho apontam para o fato de que a construção dos portfólios potencializou nos estudantes as habilidades de comunicação, capacidade de escuta e de explanação das ideias, possibilitando o exercício das competências e avaliar, analisar e emitir juízo e aprender a ser.

No estudo de Oliveira (2016), o portfólio é também visto pelos estudantes durante os seus processos supervisivos como uma ferramenta útil que lhes permite a reflexão crítica sobre as práticas, bem como retrata o desenvolvimento de competências.

No âmbito da enfermagem, Billings e Kowalski (2005) apontam como principais características do portfólio o facto de poderem ser usados como meios de aprendizagem, de sustentar e verificar competências, de realçarem pontos fortes e áreas a melhorar, de demonstrarem um caminho, um percurso de carreira, de demonstrarem as ligações da teoria à prática profissional e da auto responsabilização pela sua própria aprendizagem.

Em Portugal, um exemplo da utilização funcional do portfólio na formação de enfermeiros é descrita por Rodrigues (2001) e por Rodrigues, Pereira e Ferreira (2006). Também Caveião, Comassetto e Visentin (2015) e Pinto, Silva *et al.* (2020) fazem referência á pertinência do portfólio nos seus estudos.

O Material de apoio facultado nos serviços foi também perceptível no discurso das participantes como facilitador do processo:

E6 “(...) e depois é o conhecimento de protocolos e procedimentos, que nós temos nos serviços e que nos é disponibilizado para ler e rever.”

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

A existência de um manual de apoio permitirá ao enfermeiro recém-admitido encontrar os caminhos necessários para o seu desenvolvimento no serviço. Além disso, pode conter informações sobre a história da instituição, a sua estrutura física, funcional e organizacional, objetivos do serviço, o regime da função pública, algumas regalias sociais e, de um modo geral, todas as informações necessárias para uma visão global da instituição e da sua inserção na comunidade (Carvalho, 2016).

No estudo de Oliveira (2020), o material de apoio fornecido pelas instituições aos enfermeiros em processo de integração também é referido como sendo um fator de sucesso para as instituições e para os enfermeiros em integração, uma vez que permite ao enfermeiro receber instruções básicas de trabalho necessário às funções que tem a desempenhar.

IV. Fatores Dificultadores

Os progressos tecnológicos e científicos que aumentam a diversidade e complexidade da informação a ser transmitida e trabalhada, a falta de protocolos e/ou programas de integração adequados e ajustados às necessidades de cada serviço e cada sujeito, são fatores que poderão dificultar o processo de integração dos profissionais de enfermagem (Macedo, 2012).

Da análise do discurso das participantes, foram identificados fatores dificultadores do processo de integração, nomeadamente: *inexistência de um plano de integração, inexperiência na área, carga emocional, inexistência de supervisor, inexistência de supervisão, diferentes metodologias de supervisão, incompreensão da equipa, duração insuficiente e a não valorização do supervisionado.*

De acordo com os testemunhos das vivências das participantes, verificou-se a Ausência de metodologia de integração. Quase todas as participantes mencionaram não existir uma planificação organizada da integração dos enfermeiros nos serviços, nomeadamente as participantes com experiências de integração no estrangeiro, referindo ter sido neste aspeto que sentiram grande diferença:

E1 “Não considero que houve propriamente metodologia ou estrutura na integração que foi feita (...) também senti falta disso aqui em Portugal. (...); E4 “(...) eu acho que comecei a trabalhar sem ter essas informações e eu acho que isso não faz sentido, (...) a nível de formação para integração no serviço não recebi a informação que deveria ter recebido.”; E2 “Uma coisa que eu senti falta, foi que me apresentassem a própria instituição em si, (...) a realidade daquele serviço é muito específica e, tal como as colegas já foram referindo, as colegas que nos integram não têm nenhuma delas um guião, não têm um protocolo (...). Como não há um programa estruturado de integração, com objetivos e competências a atingir bem definidos. Imaginemos por exemplo, que eu entrava ao mesmo tempo que a minha colega provavelmente íamos adquirido conhecimentos diferentes naquele dia para o mesmo procedimento por exemplo. (...) não há um guião formal que oriente essa formação, essa integração.”; E3 “(...) não haver umas linhas orientadoras, não haver umas diretrizes a seguir, basicamente acho dificultador.”; E4 “ Posso referir o último processo de integração que tive, então mais uma vez, como as colegas referiram como dificultador, a falta organização, a falta de metodologia (...).”

Podemos aferir do discurso analisado que a formalidade (estruturação) exigida num processo de integração não existe no contexto estudado. A importância de uma estrutura formal para este processo tem vindo a ser comprovada, desde logo na teoria de Chiavenato (2001), quando afirma que o processo de integração passa por

um programa bem definido e bem estruturado onde se percebe o que é pretendido. Também Silva e Carvalho (2002) referem na sua perspectiva que a não existência de um plano estruturado de integração pode constituir um obstáculo à apropriação das dinâmicas profissionais e culturais do serviço.

Os achados também vêm comprovar os de Gonçalves (2013) e Carvalho (2016), onde as participantes também referiram este fator como dificultador dos seus processos de integração.

O planeamento, no processo de integração, constitui um facto muito importante na assimilação e interiorização de toda a informação necessária e, quando bem planeado, coordenado e executado, promove o reconhecimento e aceitação das metas de produção da instituição. Além disso, opera como instrumento de controlo e correção (Marriner, 2009).

O impacto que a existência ou não de um plano de integração tem no desenvolvimento profissional do enfermeiro, vai ao encontro da opinião de Ferreira (2006, p. 102), quando refere que os programas de integração “devem ser estruturados de modo a responder às necessidades e interesses do binómio trabalhador/organização”. Uma vez que, se o programa de integração for convenientemente organizado, a própria instituição sai beneficiada, assim como, o novo profissional dará o seu contributo no alcance dos objetivos, levando a uma redução de absentismo e a um maior empenho na responsabilidade nas funções executadas.

Por sua vez, a Inexperiência na área do novo serviço, foi também mencionada pelas participantes:

E3 “(...) e eu que já tinha experiência profissional mas numa outra área, quando cheguei lá, aquilo era completamente diferente para mim, pois eu não conhecia a casa, depois não conhecia o Sisqual, por exemplo, nunca tinha trabalhado com aquilo (...), o que se tornou inibidor”; E2 “No meu caso considero fatores inibidores a minha falta de experiência (...).”

No estudo de Carvalho (2016), a in experiência na área de atividade do serviço onde o enfermeiro está em integração também emergiu como fator limitador do processo, sobretudo, pela escassez de conhecimentos.

Para Nóvoa (1992), a falta de experiência e conhecimento, isto é, a falta de *background* e de *expertise* do profissional, é caracterizada pela insegurança perante o “choque” com a realidade.

O clima afetivo-relacional estabelecido entre a equipa e o enfermeiro no contexto do processo supervisivo da integração é referido na literatura como fator relevante (Macedo, 2012). Esta relação que se estabelece entre os participantes do processo de supervisão durante a integração (relação supervisiva) é de extrema importância para que possa existir um adequado desenvolvimento profissional e pessoal. Neste sentido emergiu do discurso das participantes, como fator dificultador do processo, a Carga emocional:

E3 “(...)senti muito na parte emocional (...) Eu acho que o principal também é a carga emocional, e isso faz uma diferença enorme (...) aquele primeiro impacto emocional, nós sentimo-nos incapazes... Ficamos a pensar que não vamos conseguir, o que nos faz se calhar vacilar mais um bocadinho.”; E3 “(...) acho que a parte não facilitadora foi geral a todas, foi a parte emocional. Acho que foi quase tudo nesse sentido (...).”

O estudo de Trindade (2020) corrobora com o discurso das entrevistadas, relevando para o período de integração como gerador de emoções e sentimentos fortes, por vezes até perturbadores, onde a carga emocional é referida como decorrente do período de integração.

No contexto da sua integração, foi referido por várias participantes que, embora existisse esforço por parte das colegas que estavam responsáveis pela sua integração, não existia um processo formal com critérios pré-estabelecidos de seleção do supervisor, o que para as participantes se revelou como dificultador, tendo emergido a subcategoria Inexistência de supervisor:

E1 “Nesses cinco turnos estive com colegas diferentes em cada turno. (...) não tinha uma pessoa de referência, foi muito curto, cinco turnos com pessoas diferentes, metodologias diferentes, não tinha aquela pessoa de referência (...).”; E4 “Eu tive duas semanas como supranumerária e só fazia manhãs, mas nós rodávamos sempre por enfermeiros, ou seja, eu não tinha uma mentora atribuída, nós íamos conforme a disponibilidade. Havia preferência por nos colocarem com uma enfermeira especialistas, se fosse possível. (...) e falta de um elemento de referência na integração [supervisor] (...).”; E2 “Não tive efetivamente uma supervisão, porque as colegas estavam a fazer o turno delas e eu estava lá a ver, a observar o que elas faziam (...).”

Os achados confirmam o estudo de Carvalho (2016), onde a inexistência de supervisor de referência surge como fator dificultador do processo de integração, levando a uma descontinuidade da supervisão realizada.

A definição de um elemento responsável pela integração do enfermeiro recém-admitido é de extrema importância, uma vez que tal, proporcionará um clima de maior confiança e estabilidade para o integrado, favorecendo a continuidade e uniformidade no acompanhamento (Winstanley & White, 2003).

Na mesma linha de pensamento, emergiu ainda o fator Inexistência de supervisão, do discurso das participantes:

E1 “(...) eu considero que não houve supervisão clínica, isso para mim foi dificultador (...).”; E3 “No meu caso basicamente, dificultador foi não haver supervisão (...).”

A falta de processos supervisivos estruturados emergem com frequência na evidência científica como um processo dificultador na integração dos novos profissionais. Em Portugal, desde os primeiros estudos em SCE que se tem vindo a identificar esta dificuldade (Garrido, 2004; Pires, 2004; Cruz, 2012; Tavares 2013; Pires, 2019). Tavares (2013) concluiu que havia confusão, dúvidas e incertezas em torno da SCE pelo facto de ser um conceito relativamente recente na enfermagem.

Pires (2019) refere que uma das dificuldades sócio clínicas referidas pelos enfermeiros é a pouca familiaridade com a SCE, até porque, não há adoção formal da mesma nas organizações de saúde.

A supervisão é entendida pelos participantes como um processo em que se procura entender o supervisionado, o trabalho envolvido, bem como as necessidades inerentes. Neste sentido, consideram que a sua inexistência se tornou dificultador.

É perante o processo de supervisão, através da utilização de estratégias adequadas, que os sujeitos envolvidos, inseridos num clima afetivo-relacional propício (Alarcão & Tavares, 2003), desenvolvem competências essenciais para uma adequada integração no serviço. Logo, não existindo supervisão, o desenvolvimento profissional e pessoal do formando ficam comprometidos.

Outro fator indicado pelas entrevistadas foi as Diferentes metodologias de supervisão:

E1 “Para mim, acho que foi um pouco inibidor porque cinco pessoas diferentes acho que já são metodologias a mais (...).”; E3 “Quando cheguei fiquei com três colegas diferentes, também acho que não é nada benéfico (...).”; E4 “(...) o facto de serem muitas pessoas diferentes causou algum transtorno porque, lá está, é uma área específica e às vezes cada pessoa tem uma forma diferente de intervir. (...) na integração que tive em Portugal, sinto que temos enfermeiros diferentes com metodologias diferentes e eu vou absorver metodologias diferentes (...) acho que pode ser confuso (...) Múltiplos modelos de trabalho, múltiplas metodologias de trabalho!”

À semelhança das participantes, vários são os autores que comprovam nos seus estudos que diferentes metodologias de supervisão só vão confundir o elemento em integração (Abreu, 2007; Carvalho, 2016; Trindade, 2020). É essencial que os enfermeiros supervisores tenham linhas orientadoras de supervisão comuns, no sentido de promover uma melhor integração, motivação e bem-estar do supervisionado.

Para tal, é ainda defendido o reduzido número de supervisores como estratégia para colmatar esta realidade. Assim, Trindade (2020), sugere que a supervisão deveria ser realizada por apenas um enfermeiro com o intuito de não confundir o supervisionado.

A Incompreensão da equipa, nomeadamente, no que respeita à duração do período de integração foi referida por duas participantes como tendo sido um fator negativo no seu processo de integração, gerador de algum stress e “mal-estar”:

E3 “Eu acho que a supervisão é super descurada, em Portugal. O que se vê é que o enfermeiro tem de chegar e tem de fazer! E não pode dar muito trabalho! E se dá muito trabalho já está a ser um mau elemento! E isso é péssimo! Porque as pessoas têm *timings* diferentes (...)”; E6 “(...) verbalizei que não me sentia segura para assumir [cuidados], e senti que não foi bem aceite pela enfermeira chefe nem pela equipa. Porque eu era um elemento novo, em todos os sentidos, era recém-licenciada e nova, e senti que as colegas e a chefe achavam que ao fim das duas semanas, era uma normalidade na instituição ser assumida como elemento, e eu não quis! Tive que o assumir, o que não foi bem aceite e, nesse caso, aí a enfermeira chefe acabou por aceitar e fiz mais uma semana de integração. (...) mas eu tenho noção de que a própria equipa, apesar de considerarmos todas que deve haver tempo de integração, que cada um tem o seu tempo de integração no serviço, a verdade é que quando nós excedemos aquele período que nos foi imposto no início, já ouvimos comentários da própria equipa. (...) ao fim de uma semana eu já tinha colegas a dizer que eu não precisava dos 15 dias porque como já conhecia a instituição (...) não tinha necessidade de 15 dias. Porque é que eu estava os 15 dias, se já podia assumir doentes (...)”. E3 “(...) basicamente, viraram-se para mim a certa altura e disseram-me – “Se vais assim vais longe...! Tens é que te mexer!”

O contexto onde é desenvolvido o processo de integração é considerado um elemento essencial para que esta seja adequada às necessidades, tanto do enfermeiro em integração, como do serviço que o acolhe. Deste modo, é fundamental que todos os intervenientes, nomeadamente, os responsáveis do processo de integração, responsáveis da instituição, chefes de serviço, supervisores e também a restante equipa, tenham consciência que este fator não deve ser

descurado aquando da admissão e integração dos enfermeiros, dado que a adaptação do indivíduo ao serviço, isto é, a sua socialização, é um processo dinâmico que depende do apoio e da colaboração recebida de todos (Macedo, 2012).

Também no estudo de Trindade (2020), à semelhança do presente, no que diz respeito às dificuldades sentidas relativas ao processo, os enfermeiros também se referiram à relação com a equipa como elemento dificultador.

Outro aspeto salientado pela maioria das participantes como fator dificultador do seu processo de integração foi a Duração insuficiente, com consequências a nível da sua adaptação, autonomia e segurança na prestação de cuidados:

E3 “E nós tivemos uma experiência na nossa equipa com uma colega que veio muito inapta, que não teve quase integração ou integração correta, com o tempo que ela precisava e acabou por desistir, ou seja, se calhar temos ali um processo de insucesso.”; E6 “ Eu falo de todas as integrações que tive, das três, sem dúvida que o tempo para mim foi o mais dificultador (...).”

Estas opiniões sustentam o defendido por Gonçalves (2013), que refere que a duração do processo de integração é variável e depende muito da experiência profissional anterior. Também segundo Proehl (2002, p.90), referindo-se ao processo de integração num serviço de urgência:

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

Também Macedo (2012) se refere à duração do período de integração, como devendo ser um período razoável para que o enfermeiro recém-admitido possa desenvolver as competências essenciais para o desempenho da sua atividade profissional. O período de integração é um aspeto essencial do processo de integração, pelo que o seu planeamento deve ter em conta alguns fatores, tais como, as necessidades da instituição/serviço e do enfermeiro em integração, assim como a

especificidade do serviço e as vivências/experiências profissionais dos enfermeiros em integração (Azevedo, 1996; Luz, 2001; Fernandes, Geraldês, Batista, & Alves, 2010).

Também no estudo realizado por França (2013), as participantes identificaram o pouco tempo de integração como uma dificuldade sentida.

O estudo de Carvalho (2016) também alerta para a duração do processo de integração como limitadora do processo, onde a grande maioria dos participantes referiram que o tempo que tiveram foi insuficiente para se adaptarem e adquirirem confiança e segurança.

Um outro fator indicado por duas das entrevistadas como limitador do processo de integração foi a Não valorização do supervisionado:

E4 “Não, nós entramos como mais um, nós não acrescentamos nada. Por isso é que não há uma integração valorizada, não é? Porque nós somos mais um, ou seja, a pessoa que vem é mais uma que vai fazer como os outros fazem, não tem identidade.”; E3 “Não consideram se essa pessoa vem apta ou ficou apta, ou não ficou bem apta...”

As entrevistadas consideraram que a sua experiência deveria ser tida em conta aquando da sua admissão na instituição e, conseqüentemente, deveria ser relevante no seu processo de integração, na medida em que, iria contribuir, tal como descrito na literatura, para um melhor desempenho do profissional a integrar, redução do tempo de integração, bem como se iria traduzir em ganhos para a instituição e serviço.

Também se identifica nestes relatos um aspeto de sobremaneira importante, que é o facto de o enfermeiro em integração sentir que “*não tem identidade*”. Estes achados corroboram o estudo de Oliveira (2020), o qual constatou que cada enfermeiro que inicia o processo de integração, possui previamente um conjunto de conhecimentos, experiências, que devem ser consideradas no seu processo de integração, pelo que cada processo deverá ser individual e exclusivo.

No estudo de Luzardo et al. (2015), realizado com estudantes de enfermagem em ensino clínico, relevam para o referido pela entrevistada, considerando a necessidade de valorizar as competências e habilidades já adquiridas, sem perder de vista a continuidade de aprendizagens.

O estudo, Paula (2019) faz referência ao Conselho de Enfermagem, no Parecer 78/2017 (retificado), onde este se pronuncia em relação a esta problemática, referindo que “o processo de integração é determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e conseqüentemente no seu desempenho profissional. É um processo individual e flexível, onde cada enfermeiro tem uma história de vida, tem experiências, atitudes e ritmos diferentes, os quais devem ser considerados”.

V. Planificação e Organização do processo de Integração em Uso

Segundo Chiavenato (1989), os programas de integração visam reduzir o período de adaptação ao trabalho, proporcionar ao supervisor a oportunidade de orientar o novo funcionário corretamente, antes que outro o faça da forma errada; diminuir a necessidade de ações corretivas e penalidades devido ao desconhecimento das normas e princípios da empresa; auxiliar o empregado a ultrapassar o receio do desconhecido, facilitando a produção ideal e diminuindo o número de demissões.

Neste sentido, Azevedo (1996), perspectiva que o processo de integração se deve desenvolver por fases, pelas quais os enfermeiros em integração devem passar, de modo a facilitar este processo (Macedo, 2012). Assim sugere quatro fases para o processo de integração: indução ou introdução, orientação, acompanhamento e treinamento. Na fase de Indução ou Introdução, pretende-se que seja facultada ao novo elemento, a informação indispensável para que este se sinta bem no seu ambiente de trabalho e o reconheça como seu espaço físico e social. Nesta fase, o integrador assume um papel ativo e o integrado de recetivo. Nesta mesma fase é ainda importante dar a conhecer o manual de integração (Coelho & Lourenço, 2004).

Na segunda fase (orientação), é um processo que decorre em paralelo com a fase anterior, sendo fornecida informação mais completa e detalhada, havendo uma

orientação mais direta perante as dúvidas e preocupações do novo profissional. Na terceira fase, ou acompanhamento, já existe uma relação de trabalho entre o novo enfermeiro, o seu integrador e os seus pares, devendo dar-se ênfase às relações humanas, ao trabalho em equipa e ao desenvolvimento do enfermeiro em integração. Por último, na quarta fase, o novo enfermeiro já se encontra apto para prestar cuidados, expondo uma interiorização das práticas a executar, onde o integrador tem a responsabilidade de assegurar que o novo enfermeiro está suficientemente esclarecido, apoiar e transmitir confiança de modo a dissipar toda e qualquer insegurança no exercício das suas funções, com autonomia, maturidade, segurança e autoconfiança (Macedo, 2012).

Neste sentido, o objetivo dos programas de integração de novos profissionais, é a adaptação aos mesmos nos locais de trabalho, uma vez que altos índices de rotatividade representam custos elevados para a organização. Assim, cabe realçar que a elaboração de um programa de intervenção para enfermeiros, deve atender que o mesmo corresponde às expectativas, quer dos enfermeiros, quer da instituição de saúde, pelas vantagens que este apresenta na diminuição do tempo de integração e na rentabilização máxima do trabalho do recém-admitido (Fernandes *et al.*, 2010).

Numa primeira instância, os elementos recém-admitidos necessitam de se familiarizar com o ambiente físico e social do mesmo. Qualquer contacto inicial reveste-se de muita importância, seja nas relações interpessoais, seja no contacto com o serviço (Carvalho, 2016).

No discurso das participantes, verificou-se que a *Apresentação da instituição/serviço insuficiente*:

E2 “Eu não fazia ideia de onde ficava a neonatologia até ao momento em que me perguntaram, não é?! A primeira vez que eu fui buscar uma Senhora ao bloco operatório, disseram-me - “Olha fica no menos um” - e eu, - “Ah! Ok, está bem!”(...) a primeira vez que eu entrei, entrei pela parte velha, pela parte antiga, e depois, quando já entrei sozinha, já não sabia onde estava. Não fazia ideia, e acho que faz parte mesmo para nós nos sentirmos mais familiarizados com a instituição e nos conseguirmos orientar, como por exemplo numa

situação de emergência”; E3 “(...) não me foi apresentada a instituição (...) “Vai subir ao piso 4!” -, percebi que era obstetrícia porque vi no elevador e sabia que ia trabalhar ali, o resto fui descobrindo (...).”

Estes achados não confirmam os dos estudos de Silvestre (2012) e Carvalho (2016), onde as experiências relatadas pelos seus participantes indicam que estes foram recebidos na instituição pela enfermeira chefe ou adjunta, que lhes apresentou a instituição e serviços assim como os princípios orientadores, dinâmicas e restante equipa. Porém, o discurso da participante com experiência de integração no estrangeiro, vem confirma os resultados dos estudos supracitados:

E1 “(...) da parte da tarde íamos visitar o serviço, mostravam-nos o serviço, as rotinas, mas no sentido apenas de ficar a conhecer, não estávamos ainda a trabalhar.”

À luz do descrito na literatura, todos os novos elementos solicitam uma formação inicial para se familiarizarem com a instituição. No estudo de Macedo (2012), emerge das narrativas, a importância atribuída, pelos enfermeiros, à existência e/ou conhecimento dos protocolos e das normas, assim como à familiarização com as instalações/estruturas do serviço, para uma melhor integração.

Outro aspeto a contemplar é a duração do processo de integração. Através da análise dos discursos, evidenciou-se que a as vivências e experiências profissionais de algumas das participantes tiveram influência na adequação do tempo de integração disponibilizado, bem como as características dos serviços/ instituições. O tempo de integração das participantes foi variável, no entanto, todas se referiram ao tempo de integração como tendo sido de Duração Insuficiente:

E1 “(...) a minha integração foi muito curta, foram cinco dias, cinco turnos de integração”; E2 “(...) acho que devia ter sido mais tempo efetivamente (...) A questão do tempo, acho que é pouco tempo (...); E3 “Sim acho que no meu caso, a minha integração foi numa altura atípica, de muitas necessidades de recursos, em que a nossa intervenção foi chegar fazer e cumprir (...) eu tive cinco dias de integração (...) foi o tempo (...); E6 “(...) posso dizer que um mês depois (...) fui colocada num outro serviço (...) em que não tive integração, ou seja, tive

15 dias, e mesmo assim não tive integração naquele serviço específico, e fui colocada lá.”

A duração do processo de integração deve ser variável, ajustada às necessidades imediatas e a longo prazo dos serviços e do enfermeiro em integração, bem como a facilidade de integração que o novo elemento demonstre durante o processo, contudo, este período deve ser razoável para que o enfermeiro em integração, possa desenvolver as competências necessárias para desempenhar a sua atividade profissional (Macedo, 2012).

Também no estudo de Carvalho (2016), as opiniões das participantes foram divergentes. Umas consideraram o tempo suficiente, adequado às suas vivências e experiências profissionais, enquanto outras consideraram-no insuficiente, não lhes permitindo a adaptação necessária às particularidades do serviço.

Outro aspeto salientado no discurso das participantes foi a Ausência de objetivos específicos por serviço:

E6 “Posso dizer também que nos três serviços por onde passei os objetivos foram praticamente os mesmos (...) são objetivos gerais que eu tanto tive no serviço de obstetrícia como tive no serviço de ginecologia. Não há um documento com objetivos específicos do serviço. O serviço de obstetrícia não tem nada a ver com o serviço de ginecologia nem os utentes são os mesmos e não há esse cuidado no documento.”; E4 “(...) não está padronizado, não tem especificado os objetivos específicos do serviço.”

Pelo discurso compreendemos que os objetivos apresentados no programa de integração não remetem às especificidades dos serviços em questão, o que na ótica das participantes pode comprometer a sua adaptação. Na mesma ótica, Macedo (2012) refere-se à importância de, acima de tudo, traçar objetivos e um plano apropriado a cada serviço, que ajude os novos profissionais a não se sentirem estranhos na instituição e serviço, mas sim elementos inseridos na equipa desde o primeiro dia, ou seja, que se sintam seguros na execução das atividades inerentes ao seu cargo e que possuam um sentimento de pertença à organização e local de trabalho.

Também a Ausência de análise dos objetivos da integração foi referida pelas participantes como uma lacuna ao processo de integração, uma vez que a mesma não foi realizada, referindo, ainda, que só tomaram conhecimento dos mesmos mais tarde, quando terminado o período de integração:

E2 “Posso acrescentar que não houve essa discussão dos objetivos inicialmente.”; E6 “Não houve essa discussão inicial mas passado algum tempo, depois de já estar exercer funções sozinha, a enfermeira chefe mostrou-me uma folha preenchida e disse que tinha perguntado às colegas, - “Elas acham que tu te integraste bem no serviço, acho que a nível de competências técnicas tens que melhorar!” -, mas não me disse em que tenho de melhorar, eu nunca tinha visto aquela folha, foi preenchida, mas eu nunca a tinha visto, não tive a oportunidade de discutir com as próprias colegas que me integraram!”; E1 “Eu não posso ser avaliada por um documento do qual não tinha conhecimento, no qual constam objetivos que nunca me foram apresentados!”

Esta perspetiva corrobora com a de Trindade (2020), onde realça que só se poderá afirmar que o recém-admitido está integrado quando este se sentir apto e quando o seu superior hierárquico o sentir apto a assumir as responsabilidades do cargo que vai ocupar.

A Monitorização deficiente do processo foi também uma subcategoria que emergiu da análise dos discursos das entrevistadas, como sendo um aspeto a relevar no processo de integração:

E6 “A meio dessas duas semanas tive uma reunião, uma conversa informal só com a minha orientadora, não envolveu a enfermeira chefe. E tive no fim dessas duas semanas em que estive acompanhada por aquela enfermeira, a suposta reunião final que seria para me integrar já na equipa, sem ser supranumerária. Para entrar mesmo como elemento da equipa. (...) tem uma parte em que nós fazemos a nossa autoavaliação da integração, em que o enfermeiro orientador escreve também o que acha da supervisão que ele fez e se acha ou não que estamos integrados. Mas é uma coisa que varia muito e que depende muito de

nós. Era o que eu dizia, eu tive que verbalizar que não me sentia integrada ao fim daquele tempo.”

Emerge da análise a necessidade dos enfermeiros recém-admitidos, de se realizarem apreciações intercalares ao seu desenvolvimento. No estudo de Trindade (2020) a monitorização do processo também é abordada, sendo que uns enfermeiros se referem a esses momentos de apreciação como momentos informais entre quem integra e quem é integrado, por forma a haver um *feedback* da evolução e da aprendizagem.

No processo de integração no estrangeiro, mencionado por uma das participantes, a monitorização do processo foi também realçada:

E1 “Nessa reunião foi discutido então o que é que eu já tinha atingido de objetivos, aquilo que me propunha ainda atingir e se eu achava que a partir dali podia então começar a assumir doentes e terminar ali o processo de integração, porque eles davam hipótese de se não nos sentíssemos ainda confortáveis de prolongar a integração mais um bocadinho. E pronto! Achei que na altura já me sentia confortável e então iniciei, depois de eu terminar o processo de integração no serviço.”

Acresce salientar que no decorrer do período de integração, no processo supervisoivo é fundamental que o enfermeiro supervisor dê *feedback* ao novo profissional (Macedo, 2012; Horton et al., 2012), dando informação da “sua performance profissional”, fornecendo informação sobre aspetos que ainda possa melhorar para desempenhar a sua função com eficácia (Milani, 2006; Garrido, Simões e Pires, 2008; Chen & Lou, 2014).

Por último, emergiu ainda a subcategoria *Experiência de ensino na instituição considerada para a integração*:

E1 “Aqui em Portugal foi no serviço onde estou a trabalhar atualmente, eu tinha feito há cerca de um ano (...) a minha especialidade nesse serviço, portanto, no fundo, já tinha algum conhecimento de rotinas protocolo como é que se desenvolvia trabalho lá. Como eu já tinha estado lá na especialidade foi um

bocadinho assumido que a minha integração seria muito rápida, portanto era só mesmo rever algumas coisas”; E4 “Relativamente há minha integração no serviço em que estou agora, eu tinha estado lá em 2013 a fazer um estágio da licenciatura e, entretanto, comecei lá como enfermeira em 2016. Já tinha algumas noções das rotinas do serviço, então não achei que a integração tivesse sido difícil para mim”; E4 “É assim, eu não senti dificuldades na integração porque já tinha experiência em estágios (...).”

Como se pode verificar no discurso das participantes, a sua passagem no serviço enquanto estudantes da Licenciatura e/ou da Especialidade, foi tida em consideração no seu processo de integração, nomeadamente no tempo disponibilizado para a mesma.

À luz da Diretiva 2005/36/CE, de 7 de setembro de 2005, o ensino clínico é definido como “...a vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma coletividade a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos com base nos conhecimentos e competências adquiridas (...).”

Os contextos da prática assumem-se como local privilegiado na formação dos alunos de enfermagem, permitindo a aquisição de habilidades para atuar no mundo real da própria profissão (Abreu, 2007; Silva, Vilela e Pires, 2011).

Neste sentido, consideram que o já ter conhecimento das rotinas e protocolos do serviço foi uma mais-valia para o seu processo de integração, uma vez que as *habilidades para atuar no mundo real*, já tinham sido adquiridas anteriormente.

Ainda Ribeiro (2013) afirma que é no ensino clínico que o estudante vai construindo o seu saber e identidade profissional.

3.4. Elementos centrais de um programa de integração promotor da Identidade Profissional

O processo de integração tem o potencial de contribuir para o desenvolvimento de uma força de trabalho mais articulada e mais capaz, mais experiente e eficaz, contribuindo positivamente para os objetivos organizacionais (Hyrkas, 2005; White & Winstanley, 2010).

A integração é um contributo bastante importante para o funcionário, uma vez que contribui para um reforço de motivação e de permanência deste, evitando, assim, a rotatividade de funcionários (Ferreira, 2008; Carvalho, 2016). Deste modo, uma integração adequada permite à instituição atingir os seus objetivos, ao mesmo tempo que possibilita o desenvolvimento das potencialidades de cada elemento recém-admitido.

Assim, emergiram da análise 10 categorias, que deram origem ao presente domínio, consideradas de relevo no sentido de compreender quais os aspetos centrais do programa de integração que concorrem para a promoção da Identidade Profissional (Quadro 3).

Quadro 3- Elementos centrais de um programa de integração promotor da Identidade Profissional

Categorias
Definição de guidelines nacionais de integração pela Ordem dos Enfermeiros
Definição de protocolos de integração a nível organizacional
Disponibilização de material de apoio
Supervisor como elemento supranumerário
Flexibilidade do tempo de integração
Envolvimento do enfermeiro nos processos de decisão da sua integração
Ter em conta a experiência e motivações do enfermeiro em integração
Facilitar o conhecimento da Instituição
Nomeação de supervisores
Normalização das metodologias de supervisão

Neste sentido, surge da análise da entrevista a necessidade de Definição de guidelines nacionais de integração pela Ordem dos Enfermeiros com a finalidade de proporcionar aos supervisados maior segurança nas suas práticas, igualdade de

oportunidades de aprendizagem, com vista a uma maior autonomia e desenvolvimento profissional:

E4 “Sim eu penso que seria muito benéfico se houvesse essa possibilidade, de ser algo a nível nacional e comum aos diferentes hospitais do SNS, era uma mais-valia (...); E1 “(...) e quem o poderia fazer aqui em Portugal a nossa Ordem dos Enfermeiros, acho que teria aqui um papel muito importante e essencial.”

Segundo Pires, Santos, Pereira e Pires (2020), as políticas de organismos nacionais e internacionais, designadamente o Departamento de Saúde do Reino Unido e a Ordem dos Enfermeiros, são impregnadas de argumentos para o incremento da prática reflexiva e desenvolvimento profissional, e do papel que a SCE pode ter no sentido de garantir padrões de atendimento de alta qualidade, através de processos reflexivos.

Em Portugal, o Estado delegou poderes de regulamentação e fiscalização do exercício profissional da enfermagem à associação de direito público – a Ordem dos Enfermeiros (OE) (Rocha, Reis Santos, & Cruz, 2015). A OE assume a excelência do cuidar como referência e eixo estruturante das competências profissionais e reconhece publicamente, no Modelo de Desenvolvimento Profissional, a importância da inclusão da SCE nos contextos de prática clínica e o seu papel fundamental no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer nos processos formativos, quer nos processos de integração à vida profissional, com vista à prestação de cuidados seguros e de qualidade (Rocha, Reis Santos, & Cruz, 2015).

Neste sentido, e em concordância com a opinião das participantes, entende-se que a OE é o órgão com poder para regular a integração dos enfermeiros a nível nacional nas instituições, criando *guidelines* nacionais de forma a uniformizar e regulamentar os programas de integração de enfermeiros nas instituições de saúde.

De acordo com o discurso, na maioria dos serviços estudados, não existe um programa de integração estruturado, que obedeça às necessidades dos supervisados, pelo que as participantes consideram que a Definição de protocolos de integração a nível organizacional é fundamental:

E3 “(...) que haja um dossier, um protocolo em que tenha basicamente tudo aquilo que elas já disseram, pessoas direcionadas, pessoas que gostam, pessoas que vão estar que são sempre aquelas dois ou três pessoas naquela equipa que vão receber as pessoas novas, ter uma escala direitinha do que é que é preciso uma pessoa atingir (...)”; E2 “ Sem dúvida, e saber que tivemos todas a mesma oportunidade de aprendizagem, de integração, acho que isso é fundamental.”; E3 “ Sim, sim, é fundamental ter as mesmas oportunidades de aprendizagem e integração, e passarmos por fazer certos procedimentos (...) Aquele enfermeiro que já teve a oportunidade de fazer uma ou duas vezes determinado procedimento, ok aquilo já está. Agora é preciso passar a outras competências.”; E1 “(...) linhas orientadoras mais específicas, depois a base ao nível de protocolos da instituição. Por exemplo, aquelas formações básicas de segurança e qualidade, incêndios, prevenção e atuação em caso de incêndios, SBV e SBV Neonatal, isto é algo mais específico da nossa instituição. Mas sim, primeiro geral e depois então a parte mais específica do serviço.”; E4 “sim porque estas formações deviam ser pelo menos no início, nunca passado o período de integração.”

Baseadas no seu processo de integração no estrangeiro, onde referem existir planos de integração devidamente estruturados, focados nas especificidades dos serviços e dos profissionais a ser integrados, as participantes são da opinião que a existência, ou não, desta estruturação, pode ter impacto no desenvolvimento profissional do enfermeiro:

E1 “(...) no processo de integração em Inglaterra, em que tínhamos um portfólio, tínhamos os objetivos que eram considerados base para trabalhar naquele serviço, e durante aquele tempo o enfermeiro devia fazer pelo menos umas X vezes aquela intervenção/atividade para ser considerado apto e autónomo na sua prática e isso não há cá.”

Neste sentido, também Ferreira (2006, p.102) é desta opinião, quando se refere que os programas de integração “*devem ser estruturados de modo a responder às necessidades e interesses do binómio trabalhador/organização*”, no sentido em que, um programa bem organizado vai beneficiar a própria instituição, bem como o novo

elemento a integrar, onde este será parte ativa do processo, contribuindo para o alcance dos objetivos, o que se traduz num menor absentismo e conseqüentemente maior empenho e responsabilização das funções executadas (Carvalho, 2016).

Na mesma linha de pensamento do estudo de Frederico (2001), as participantes fazem referência á necessidade de conhecer e compreender os procedimentos e as políticas da instituição, terem formação adequada à realidade do serviço/instituição e serem orientados e treinados para realizar as suas funções.

Assim sendo, e de acordo com Azevedo (1996) e Benner (2001), é fundamental a existência de planos e programas de integração adaptados às necessidades individuais dos enfermeiros, bem como às especificidades dos serviços, de modo a que os enfermeiros sejam enquadrados no contexto do serviço mediante apoio e orientação.

Esta necessidade também foi identificada no estudo de Carvalho (2016), considerada com o intuito de que fosse proporcionado aos supervisados maior segurança nas suas práticas e a oportunidade de, através da supervisão contínua, responderem aos desafios do supervisor, de acordo com o seu grau de desenvolvimento profissional.

As enfermeiras entrevistadas referiram também o Material de apoio como fundamental na uniformização da prática de cuidados:

E3 “Sim, sim acho que é fundamental disponibilizar [material de apoio], até porque criava-se uma identidade, ou seja, toda a equipa ia trabalhar da mesma forma. Haveria uma uniformidade de toda equipa e acho que isso tudo é muito mais benéfico, do que às vezes sentirmos que todas fazemos as coisas diferentes! (...) Sim, e mesmo escrito, ter uma rotina de um banho de um recém-nascido ou de ver ou fazer uma colheita de um rastreio sético...”

A evidência considera importante, como já referido anteriormente, o estabelecimento de normas de procedimentos e protocolos segundo as diversas especialidades, com o intuito de organizar e uniformizar a prática de cuidados, promovendo maior segurança e qualidade à prestação dos mesmos (Pires, 2019).

O enfermeiro deverá ser capaz de se adaptar aos diferentes contextos e funções a desempenhar, a resolver situações de grande indefinição ou mesmo a adaptar-se àquelas que comportem grandes níveis de imprevisibilidade (Serrano, 2008).

No estudo de Carvalho (2016), o material de apoio disponibilizado, foi frisado pelas participantes como um aspeto positivo no planeamento e organização do processo de integração.

Abreu (2007) refere que é da responsabilidade dos serviços de saúde proporcionar um ambiente facilitador de aprendizagens, dado que são os contextos de trabalho que atribuem uma significação às práticas de saúde, na medida em que estes estão dependentes de uma dinâmica cognitiva e avaliativa definida em contexto, em contacto com um conjunto de materiais de apoio inerentes ao funcionamento da organização de saúde.

Neste sentido, Oliveira (2020) refere também a importância de existir um manual de integração e acolhimento, como instrumento de comunicação que deve conter uma coletânea de informações/atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração e de aprendizagem.

O Supervisor como elemento supranumerário é também sugerido pelas participantes como um fator relevante a ter em conta nos programas de integração:

E3 “Nós até podemos querer ajudar, mas às vezes estamos a fazer o nosso trabalho e é super difícil conseguir orientar a nossa parte e depois ainda ir ajudar. Eu acho que deviam ser pessoas supranumerárias [supervisor] (...) devia haver dois elementos ou três que (...) tivessem condições para isso (...) que ficassem só para aquilo, acho que fazia completamente a diferença (...); E2 “E o colega que está entrar [enfermeiro em integração] também ser um extra na equipa e por exemplo temos uma colega que vai fazer uma transfusão de sangue, nós dizemos olha deixa estar que eu estou com a colega em integração e vamos nós fazer a transfusão.”

À luz do referido por Trindade (2020), “o enfermeiro supervisor clínico da integração, sendo ele o responsável pelo doente, se tiver sempre distribuídos doentes com muitos

cuidados resta-lhe pouco tempo para dedicar ao ensino do novo enfermeiro". Williams e Irvine (2009) realçam ainda a falta de tempo dos enfermeiros supervisores para executar supervisão efetiva, considerando-o como a principal barreira ao sucesso da implementação da SCE. Os mesmos autores, veem o tempo destinado à SCE como essencial para o desenvolvimento e suporte dos intervenientes para que a SC consiga vingar na área da enfermagem.

Neste sentido, entende-se como relevante que o supervisor clínico seja um elemento extra plano, com o objetivo de melhor poder exercer a supervisão do novo elemento, estando disponível e conseguindo proporcionar todas as oportunidades de aprendizagem consideradas necessárias a uma correta integração, conseguindo ainda proporcionar momentos de reflexão sobre as mesmas.

As participantes sugeriram ainda a *Flexibilidade do tempo de Integração*, como aspeto a melhorar. Na sua opinião o período de integração deveria ser flexível, ajustado às particularidades de cada novo elemento e serviço:

E3 "(...) e não haver um prazo rígido, não estou a dizer que vai ser meio ano, mas não haver um prazo rígido, isto é, tens dois semanas e se não cumprires já estás a falhar entre aspas. Isso existe, todos nós somos diferentes, todos nós temos tempos diferentes. (...) Sim é isso, haver flexibilidade das partes, eu entendo, mas quando nos dizem que vais ter 2 semanas de integração, uma pessoa fica logo a pensar: ai meu Deus já vai chegar ao fim daqui a umas semanas; está estabelecido que são duas semanas, mas ao fim destas duas semanas haver um momento de reflexão."; E6 "Sim, acho que basta isso, em vez de dizerem tens duas semanas de integração, não! Deveriam sim dizer que ao fim desse tempo vamos reunir para saber se estás preparado/integrado, porque se ao fim das duas semanas dizes que não estás és criticada, mas se não dizes e até vais e fazes, também já estás a assumir cuidados."

Os achados confirmam os de Fernandes *et al.* (2010), que consideram que o tempo disponibilizado para o processo de integração do novo enfermeiro deve ter uma duração suficiente, de modo a promover a aquisição de segurança no desempenho

das funções, tornando-o ativo e eficiente na prestação de cuidados, considerando-se esse tempo um ganho futuro da instituição/serviço.

Também no estudo de Carvalho (2016), o tempo de integração foi referido como aspeto a melhorar, considerando que este deveria ter uma duração mínima de quinze dias a três semanas.

O Envolvimento do enfermeiro nos processos de decisão da sua integração, é referido pelas participantes com experiência de trabalho no estrangeiro, como sendo de extrema importância, uma vez que o enfermeiro deve ter um papel ativo nos seus processos de aprendizagem, com vista ao alcançar dos objetivos traçados e sempre na procura de melhores práticas e qualidade de cuidados:

E1 “Nessa reunião foi discutido o que eu já tinha atingido de objetivos, aquilo que me propunha ainda atingir e se achava que a partir dali podia começar a assumir doentes e terminar o processo de integração. Eles davam hipótese de se não nos sentíssemos ainda confortáveis de prolongar a integração mais um bocadinho.”

Nesta linha de pensamento, também para Alarcão e Tavares (2018), o supervisor dito ideal incita aos supervisados um papel ativo na resolução dos problemas, promovendo discussões conjuntas de forma a alcançar soluções apropriadas.

Outro aspeto sugerido pelas participantes foi Ter em conta a experiência e motivações do enfermeiro em integração como ponto fundamental a considerar aquando da receção de um novo elemento, uma vez que na sua ótica poderia contribuir para uma melhor gestão de recursos, diminuição do tempo de integração, maior motivação e conseqüentemente, desempenho pelo enfermeiro recém-chegado:

E4 “Depois também estive num outro serviço da mesma área e é interessante eles considerarem que como já tinha estado numa área semelhante só precisava de duas semanas de integração com supranumerário” (Inglaterra); E1“(…) penso que pouparia bastantes recursos e tempo de integração de enfermeiros quando são transferidos ou por vontade própria ou não para

serviço semelhantes (...); E4 “Mas eu acho que isso começa por se fazer na fase de recrutamento, o departamento de integração, se calhar, devia estar ligado ao departamento de seleção, e, logo na entrevista, os enfermeiros contratados serem dirigidos para a sua área de interesse e para a área que têm experiência.”; E3 “Acho que saber qual é a experiência da pessoa, questionar qual é que achas que seria a área que estarias mais apta, é muito importante (...); E2 “...eu tinha experiência em cuidados continuados, estava a tirar a especialidade em saúde materna e mandaram-me para a urgência.”; E3 “A sensação que ficamos é que os profissionais de saúde são vistos como máquinas, são colocados nos serviços onde há mais necessidades e não é tida em conta a experiência dos profissionais. Acho que se fosse era mais facilitador do processo de integração.”; E4 “A valorização também, a nossa valorização pessoal como elemento para a equipa, ou seja, nós acrescentamos, é importante a nossa formação, nós somos importantes para a organização.”

À luz do modelo bioecológico de Bronfenbrenner (2002), o enfermeiro em integração é visto como pessoa que integra uma diversidade de experiências pessoais e profissionais essenciais ao seu desenvolvimento, tornando-se ator ativo do seu desenvolvimento profissional, que influencia e é influenciado direta e indiretamente pelos vários contextos onde se encontra inserido ao longo do tempo onde decorrem os processos proximais, o que é confirmado por Macedo (2012).

Cunha (2008), afirma que a performance das organizações depende não só da estratégia escolhida pelos líderes, mas também, da forma como estes gerem os seus recursos humanos. A capacidade de motivarem, formarem, desenvolverem e avaliarem o desempenho dos subordinados permite-lhes não apenas fazer uma distribuição mais equitativa das recompensas, mas, também, melhorar o desempenho no sentido da excelência.

O discurso das participantes vem comprovar o estudo de Oliveira (2020), quando refere que o conhecimento e experiências anteriores do enfermeiro que inicia o processo de integração devem ser consideradas como importantes, uma vez que estas podem determinar tempos de adaptação diferentes, que devem ser respeitados.

O Facilitar o conhecimento da instituição é visto pelas participantes como sendo um dos primeiros requisitos do processo de integração, considerando-o de extrema importância:

E2 “Neste caso específico o CMIN acaba por ter às vezes um circuito. As utentes entram para ter o bebé no núcleo de partos, depois sobem para o Puerpério, e acho importante para além de conhecer o serviço, de estarmos mais familiarizadas ou até porque as senhoras questionam olha onde é que fica a consulta, onde é que fica a neonatologia (...); E1 “Conhecer a instituição em primeiro lugar, os valores, os espaços físicos serem apresentados e depois a apresentação do serviço específico (...)”

Também á semelhança destes resultados, estudos como o de Azevedo (1996), Macedo (2012), Silvestre (2012) e Carvalho (2016), a apresentação da instituição e serviço são pontos-chave para o sucesso da integração do novo elemento.

Outro aspeto proposto pelas participantes como fundamental a nível da planificação e organização do processo de integração é a Nomeação de supervisores:

E1 “(...) acho que é essencial haver nas equipas alguém que esteja direcionado para a supervisão clínica”; E3 “Haver um enfermeiro definido para orientar a integração, com formação específica, não necessariamente com pós-graduação ou mestrado em SC, mas a que esteja direcionado para, eu acho que era importante.”

As opiniões das participantes são sobreponíveis com as de Abreu (2007), que considera imprescindível a escolha de um supervisor capaz de reconhecer a importância de aceitar a função de integrar o novo elemento, tenha brio profissional, conhecimentos técnicos e científicos, bom desempenho profissional, boa capacidade de planeamento e uma boa relação interpessoal.

Também no estudo de Fernandes et al., (2010), considera primordial que o enfermeiro chefe planeie e oriente o processo de integração dos enfermeiros, devendo ser coadjuvado por um enfermeiro a designar por si, para desempenho do papel.

A presença de um supervisor é por isso considerada como um contributo para a socialização do enfermeiro supervisionado, possibilitando a rápida transição entre a teoria e a prática, um aumento dos níveis de autoconfiança e de autoeficácia, o que concorre para o sucesso e crescimento profissional (Silva, 2010).

No seguimento da categoria anterior, emergiu ainda da análise da entrevista, a Normalização das metodologias de supervisão, no sentido de se estabelecer uma linha orientadora para os supervisionados, procurando no seu processo de integração, a base para o desenvolvimento de competências e saberes de qualidade e uniformizados:

E1 “Acho que no máximo dois supervisores, acho que acima disso já começa a ser muita confusão de metodologias, muitas opiniões divergentes e pode tornar-se confuso.”; E4 “Ou então haver uma metodologia igual para todos os enfermeiros que estão a integrar, ou seja se eu mudar de enfermeiro acho que não vai haver problema (...) nós queremos quando estamos a ser integrados nós queremos é adquirir o máximo de competências para depois aí sim integrarmos a equipa. (...) O que estava a dizer é, por exemplo, quanto hoje nós somos integrados no serviço cada enfermeiro ensina a forma de trabalho dele, certo? Que pode ser diferente porque cada um tem uma forma diferente. Se houvesse uma unificação das orientações nesse sentido se calhar o ensino por duas pessoas diferentes ia ser mais semelhante. (...) um simples procedimento de dar um banho um bebé cada enfermeiro vai ensinar-me de uma forma. E não está errado! Claro que nós sabemos que há formas mais corretas, mas, se calhar, se todos fizessem da mesma forma, quando eu fosse ser integrada por duas pessoas diferentes não iria sentir essa diferença.”; E2 “(...) a as colegas deviam ter uma formação para uniformizar (...)”

No estudo de Gonçalves (2013), os participantes definem como obrigatório as condições para o desenvolvimento da competência para agir: leque de experiências variadas em termos de diversidade e padrão de cuidados no local de trabalho e tempo para as desenvolver.

No estudo de Trindade (2020, p.106), emerge a mesma sugestão de melhoria por parte dos enfermeiros entrevistados, onde afirmam que “O facto de a integração ser orientada por vários enfermeiros não é benéfico”. Na opinião destes profissionais, esta realidade confunde os novos enfermeiros com diferentes formas de trabalhar. Neste sentido, sugerem, ainda, que a integração seja feita apenas por um enfermeiro.

Abreu (2007) refere que supervisionar pressupõe que se usem os conhecimentos para ajudar o supervisionado a refletir e a organizar o seu pensamento, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, pelo que este processo não deve ser fundamentado no imprevisto, mas sim em conceções que visem sistematizar e integrar os conceitos de maneira a alcançar a formação de profissionais cada vez mais competentes em todos os níveis.

3.5. Enfermeiro Supervisor

Neste capítulo, apresentam-se as subcategorias e categorias que originaram o domínio “Enfermeiro Supervisor”, que reflete as representações dos enfermeiros sobre o supervisor clínico. Da análise do discurso das participantes emergiram duas categorias “Perfil do supervisor” e “Papel do supervisor”, que resultam da agregação das respetivas subcategorias (Quadro 4).

Quadro 4- Enfermeiro Supervisor

Categorias	Subcategorias
Perfil do Supervisor	Expertise
	Competências humanas e relacionais
	Competências pedagógicas
	Promotor do pensamento crítico
	Formação em SC
	Prática baseada na evidência
	Motivação para o desempenho do papel
	Disponibilidade
Papel do Supervisor	Promover autonomia
	Facilitar experiências

1. Perfil do Supervisor

Segundo vários autores (Abreu 2007; Garrido, Pires & Simões, 2008), o supervisor deve possuir como características capazes de determinar a qualidade da supervisão: a empatia, a facilidade no relacionamento interpessoal, a capacidade de observação e análise, a experiência profissional, a capacidade de liderança, a capacidade de planeamento e organização, a imparcialidade, o dinamismo, o espírito de equipa, a disponibilidade e as capacidades de comunicação. Para alcançar o sucesso do processo supervisivo deverão ser contempladas as características pessoais e profissionais do supervisor.

Alarcão e Tavares (2003, p. 74), citando vários investigadores, referem como características menos gerais do supervisor, “a capacidade de prestar atenção e o saber escutar”, “a capacidade de compreender, de manifestar uma atitude de resposta adequada, de integrar as perspetivas dos formandos, de buscar a clarificação de sentidos e a construção de uma linguagem comum, de comunicar verbal e não verbalmente, de parafrasear e interpretar, de cooperar e de interrogar”.

Entende-se que o supervisor clínico, como figura que pode influenciar o comportamento dos supervisados e, indiretamente, a sua prestação de cuidados (Butterworth *et al.*, 2008), deverá ser submetido a formação específica, no sentido de garantir que os supervisados beneficiam da máxima experiência de SC (Wilson, Fawcett, & Whyte, 2001).

No estudo de Macedo (2012), dos dados emergentes nas narrativas são evidentes os aspetos considerados essenciais ao “perfil do enfermeiro supervisor” nomeadamente a experiência, os conhecimentos científicos, capacidade reflexiva e ressaltam ainda atributos relacionados com a paciência, uma postura de preocupação e disponibilidade do supervisor para com o supervisado, transmitindo confiança de modo a compreender as dificuldades e receios dos mesmos.

No estudo, as participantes consideraram que o supervisor clínico deverá possuir *expertise, conhecimentos do processo, competências humanas e relacionais, competências pedagógicas, ser promotor do pensamento crítico, atualização*

científica, satisfação no desempenho do papel e disponibilidade, o que vai ao encontro do descrito na evidência científica. Quanto à Expertise relatam:

E6 “ (...) É a maneira como elas nos abordam e como tentam nos integrar no serviço (...) sei que foi pela experiência que teve, não porque tinha uma pós-graduação ou formação em supervisão clínica, é a experiência que ela foi adquirindo ao longo dos anos a fazer esta supervisão (...).”; E4 “Eu acho que se a enf. que vai integrar-te é uma pessoa que tem formação, ela vai estabelecer connosco um plano individual (...) se calhar em três semanas és capaz de atingir as competências mas vamos vendo, porque cada pessoa é diferente.”; E1 “Na prática ter uma metodologia organizada e saber à priori que objetivos é que aquele enf. deve atingir para eu considerar que a integração está concluída e que o processo teve sucesso.”

Nesta lógica de ideias, Simões e Garrido, (2007) afirmam que os supervisores de ensino clínico devem ser profissionais experientes, que foram alvo de formação específica, pois são os responsáveis diretos pela nova geração de profissionais. Os enfermeiros supervisores deverão possuir um conjunto de saberes, destreza, segurança e competências que lhes permitam o desenvolvimento da profissão.

Estes resultados corroboram ainda com a opinião de diversos outros autores, que concluíram que os enfermeiros consideram importante que o supervisor clínico possua formação em SCE (Cruz, Carvalho, & Sousa, 2012; Carvalho, 2016; Pires, 2019), uma vez que para o desempenho eficaz do seu papel, os SC devem receber preparação adequada que contemple a base teórica e a aplicação prática da SC (Williams & Irvine, 2009).

Poder-se-á ainda dizer que é decisivo que o supervisor clínico integre atributos como experiência, perícia, aceitabilidade e treino, que lhe permitam promover um clima de aprendizagem favorável ao desenvolvimento de competências do supervisionado e resolver situações imprevistas que ocorram no processo supervísivo, uma vez que o seu papel assenta não só no desenvolvimento de atividades no domínio do supervisionar, ensinar, instruir, treinar, aconselhar e avaliar, mas também passa pelo apoio e suporte (Rogan, 2009).

São ainda consonantes com os resultados de Rocha (2013), onde releva que o supervisor clínico deverá então ser um profissional com experiência que, após programas de formação específicos, reúna um conjunto de características pessoais e profissionais essenciais ao seu compromisso de supervisionar.

Em relação às Competências humanas e relacionais, o que foi mais valorizado pelas participantes foi a paciência, empatia, capacidade de comunicação e assertividade:

E5 “Saber comunicar, está pronta a ajudar, transmitir o máximo de confiança e de conhecimentos, ser paciente. Também acho que se conseguir ter uma ligação emocional é muito facilitador (...) Empático.”; E3 “Era essa parte emocional que eu estava sempre a falar (...) a parte humana”; E4 “E saber criar empatia, ser assertivo mas com empatia.”; E5 “Sim, e também o supervisor ser flexível, porque para além de sermos profissionais, também temos a componente pessoal. E se soubermos adaptar e também conseguir adaptar-se à pessoa, também ajuda a este processo ser facilitador (...) não é porque não nos identificamos com a pessoa que temos que prejudicá-la, temos é que tentar ajudar (...) “Funcionas assim, então vou tentar ajudar desta maneira. (...) Sim, e também o supervisor ser flexível, porque para além de sermos profissionais também temos a componente pessoal, e se soubermos adaptar e também conseguir se adaptar à pessoa, também ajuda a este processo ser facilitador (...) porque não é porque não nos identificamos com a pessoa que temos que prejudicá-lo, temos é que tentar ajudar, e sabermos que se a pessoa funciona daquela maneira, temos que se calhar adaptarmo-nos e ok, funcionas assim então vou tentar ajudar desta maneira, mas pronto, tem que fazer uma adaptação mutua, temos de ter esse papel humilde...”

De acordo com Garrido, Simões e Pires (2008, p. 62), e que reflete o discurso das participantes, o supervisor deve ter como características “(...) empatia, autoestima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação e de análise e boa comunicação”.

Também o estudo de Gonçalves (2013) é corroborado com o descrito pelas participantes, onde afirma que o processo supervisivo implica uma atitude

responsável, uma visão da qualidade a atingir, da capacidade empática de se colocar no papel do aprendente, de acolhimento, no sentido de acompanhar o processo, de serenidade, que só se torna possível se o supervisor clínico tiver estas características relacionais e as conseguir por em prática.

Para Garrido e Simões (2007, p.6) o supervisor deve ser capaz de “*estabelecer ambiente afetivo relacional e criar condições de trabalho favoráveis*”.

Relevam ainda as Competências pedagógicas:

E2 “(...) e ter conhecimentos sobre os processos de aprendizagem (...).”; E1 “E saber também individualizar a metodologia que vai utilizar com aquela enf (...)” ; E3 “(...) para mim é muito importante a parte da pedagogia, saber ensinar saber falar, motivar a equipa para ajudar também aquela enf. (...)”

Concordante com o que as participantes consideraram ser determinante num bom supervisor, também Garrido, Simões e Pires (2008, p. 63), afirmam que o supervisor deve ser “(...) um enfermeiro com adequadas competências pedagógicas, capaz de compreender e fazer a transferência de um modelo, ou meta-modelo de enfermeiro”, para isso é importante “(...) que a sua formação tenha em atenção uma íntima relação entre a teoria/prática/teoria”. Para Figueira (2016), na formação em enfermagem o supervisor desempenha um papel na vertente pedagógica, associada à componente relacional e no contexto de prática profissional é responsável por demonstrar competências e habilidades na prestação de cuidados de enfermagem.

Também no estudo de Carvalho (2016) as competências humanas e pedagógicas emergiram como sendo determinantes num bom supervisor clínico, realçando a calma, paciência, empatia e capacidade de comunicação como mais valorizadas nas competências humanas e relacionais, bem como se referem á importância das competências pedagógicas para o sucesso do processo de integração.

Ferreira et al. (2018) identificaram alguns saberes que os supervisores necessitam de desenvolver, nomeadamente a aquisição de conhecimentos didáticos e pedagógicos. Por sua vez, Hilli (2015) aponta a organização de formação pedagógica adicional como forma de fortalecer o conhecimento dos enfermeiros supervisores.

No estudo de Soares (2004, p.155) emergiram como características “*muito importantes*” a “*disponibilidade premente*”, o saber ouvir, o ser assertivo, o ser confiante, a capacidade de avaliar, o ser detentor de conhecimentos técnicos e científicos e ainda a capacidade de estabelecer “*relações humanas*”.

Também a OE argumenta que o supervisor deve assumir o papel de guia orientador no processo de desenvolvimento do supervisionado, permitindo-lhe “(...) tornar-se um agente dinâmico comprometido com o seu próprio processo de aprendizagem e mudança positiva” (OE, 2010, p. 6).

O supervisor clínico como Promotor do pensamento crítico é também referido no presente estudo como essencial pelas participantes:

E2 “Uma pessoa que coloque questões...”; E3 “ Uma pessoa crítica também! Isso é essencial! Muitas vezes falhamos muito nisso, porque queremos muito ser bons, mas temos também de saber distanciar um bocadinho e saber dizer – “Olha, se calhar, não estás a ir pelo caminho correto - (...) isso também é importante! E muitas vezes é uma característica que é difícil de ter porque temos muito medo de magoar, mas acho que ser crítico de forma positiva e construtiva é muito importante! É uma característica que também é importante.”; E4 “Ser um motor de reflexão (...).”

A opinião das participantes vai ao encontro de vários autores como Soares (2008) que afirma que o supervisor clínico é responsável pela cooperação em processos de mudança, torna visível e estimula as boas práticas, fomenta a autorreflexão e favorece processos de reflexão ação sobre o seu próprio papel como supervisor. Costa, Macedo e Pinheiro (2014, p. 104), vão mais além, afirmando que “É mediante a indagação reflexiva e colegial das práticas, numa interação bidirecional, de co-implicação e de interdependência, que se impulsiona o contínuo desenvolvimento profissional da equipa de Enfermagem e de toda a instituição de Saúde.”

O estudo de Pinto, Reis Santos e Pires (2017) aponta, também, que o supervisor desempenha um papel preponderante na formação de profissionais reflexivos, por via da mobilização de estratégias para o efeito.

Embora reportando-se ao ensino clínico, Ferreira et al. (2018) também referem o conhecimento do contexto de trabalho pelo enfermeiro supervisor, como essencial para ajudar a situar o supervisionado no contexto e a refletir sobre as situações vivenciadas, pelos seus saberes e competências nessa área.

Consideramos que é necessário que, aquando do processo supervisivo, os supervisores clínicos conheçam e respeitem o supervisionado, proporcionando-lhe diversas situações de aprendizagem relevantes para a sua tomada de decisão, preparando-o, desta forma, para as imprevisibilidades dos contextos das práticas, que exigem, cada vez mais, profissionais capazes e bem preparados sob o ponto de vista crítico-reflexivo (Garrido, 2004).

Foi também referido pelas participantes a importância de o supervisor ser detentor de Formação em SC:

E1 “Eu acho essencial ter formação em supervisão clínica para supervisionar outro colega, outro enfermeiro (...) o supervisor tem de ter formação! Seria uma mais-valia para dar mais segurança ao próprio supervisor na atividade que está a desenvolver.”; E2 “Acho que as colegas precisavam efetivamente de uma formação mais precisa, não necessariamente de ter pós-graduação, mas, pelo menos, formação em serviço para estar mais uniformizado (...)”; E4 “E também têm de ter um suporte, ou seja, o serviço, ou a Ordem, como entidade, têm que dar um suporte para elas conseguirem desenvolver a supervisão com formação.”; E3 “Eu acho que deveria haver um departamento de supervisão clínica, com enf formadas (...)”; E1 “Eu acho que a formação em SC deveria ser algo disponível a qualquer enfermeiro que o desejasse, e de forma gratuita. Em Inglaterra é assim por exemplo, enquanto em Portugal implica um custo acrescido.”

No estudo de Gomes, Daniel e Branco (2019), onde realizaram uma revisão da literatura sobre a formação e a SCE, comprovaram a relação positiva e significativa entre a formação em SCE e aquisição de competências pessoais e profissionais, na formação e qualidade dos cuidados, o que vem enfatizar o discurso das participantes deste estudo.

Também Cottrell (2000) é corroborado com a opinião das entrevistadas, considerando que o supervisor deve possuir formação para o desempenho do seu papel.

No estudo de Amaral e Deodato (2015) também emergiram aspetos relacionados com a formação dos enfermeiros supervisores, nomeadamente a formação sobre conteúdos teóricos, de preparação, de práticas pedagógicas reflexivas e de treino de competências.

Outra subcategoria que emergiu da análise da entrevista, foi a Prática baseada na evidência, considerando-a como uma fonte de procura de conhecimento e motivação para o supervisionado:

E3 “Isso é super importante, alguém que tenha isso muito presente, que transmita também agora essa preocupação [atualização científica] (...)”; E4 “Quem está a integrar o enfermeiro tem que ser uma pessoa com bases na evidência científica, atualizado. Porque o enfermeiro a chegar ao serviço pode contrapor não é?!”; E3 “Sim, sim, é um dos requisitos a ter, alguém que tenha interesse, que procure estar atualizada.”; E2 “Ser uma pessoa que se mantenha em constante formação, sempre com a informação mais atualizadas (...)”; E6 “sim, sim, se nós tivermos uma relação com o supervisor em que temos conhecimento que o supervisor tem esse conhecimento de prática baseada na evidência mais recente e que até muitas vezes partilha connosco, nós absorvemos um bocadinho (...).”

De acordo com a evidência e, ao encontro do referido no discurso das participantes, considera-se que a formação é fundamental ao ser humano, uma vez que contribui para o desenvolvimento tanto a nível pessoal como profissional e social (Macedo, 2012). Enquanto profissão que atua na área da saúde, a enfermagem enfrenta constantes modificações na área técnica e científica, mas também no âmbito social, levando a que os profissionais de enfermagem tomem consciência da necessidade de atualizações constantes dos seus conhecimentos e consequente prática profissional mediante permanente formação.

Macedo (2012), refere ainda que a diversidade de situações vivenciadas no dia-a-dia do enfermeiro leva a que, o mesmo não possa cair nas ações rotineiras do seu exercício profissional, uma vez que cada situação é única, pela pessoa, pelo contexto e pelo momento em que ocorre, exigindo uma procura de atualização de conhecimentos constante nas diversas áreas de conhecimento e prática.

Remetemos ainda ao referido pelos autores, Butterworth e Faugier (1992 cit. por Abreu, 2007, p. 235), quando advertem que os supervisores também devem disponibilizar-se para serem supervisionados, “(...) possuir capacidades formativas, desenvolver práticas clínicas, salientando ainda as necessidades dos supervisores saberem utilizar resultados das pesquisas para fazerem evoluir o processo de supervisão”.

A Motivação para o desempenho do papel foi considerada pelas entrevistadas como crucial ao sucesso do processo supervisivo e á adequada integração facultada pelos supervisores:

E3 “(...) acho que tem que ser pessoas que gostem. Influencia muito (...) eu, por exemplo, fiquei com uma colega que detestava supervisão (...); E2 “(...) há pessoas que efetivamente não gostam, pronto! Não se sentem bem! Porque, queiramos quer não, nem todos gostam de fazer integração de enfermeiros, de ser tutor. E acho que é uma coisa que tem de se gostar! E é importante! Por isso, é preciso estar apto e aceitar (...) eu acho que essencialmente é gostar da parte de supervisão (...); E1 “(...) há enf que não se sentem confortáveis que não se sentem seguras a supervisionar porque não tem formação, não querem, não gostam de supervisionar! E é legítimo isto! E não deveriam ser obrigadas nem colocadas nessa função (...).”

Os achados confirmamos de Pires (2019) e Abreu (2007). Abreu (2007) refere que existem estudos que consideram importante que o enfermeiro que desempenha a função de supervisor clínico esteja satisfeito com a profissão, seja capaz de transmitir entusiasmo e gerar expectativas positivas; esta satisfação leva o supervisionado a encarar o supervisor clínico como um exemplo a ser seguido. “Gostar de decidir e fazer” (Munson 2002, citado por Garrido e Simões, 2007, p.6), manifestando

“motivação e disponibilidade pessoal para ajudar outros no seu desenvolvimento” (OE, 2010 p. 18).

Do discurso das enfermeiras entrevistadas, podemos verificar, de igual modo, a importância atribuída à satisfação, motivação e empenho no papel de supervisor, como sendo o alicerce do processo supervisorio.

A Disponibilidade do supervisor, é também apontada pelas entrevistadas como sendo de grande importância para o processo supervisorio:

E1 “Sim, uma pessoa disponível!”; E5 “(...) ser uma pessoa recetiva, disponível (...) e também ter disponibilidade para ter vários momentos formais, para discutir os objetivos. Um momento inicial e depois vários ao longo do processo em que são discutidos os objetivos, se foram atingidos, que estratégias é que podem ser alteradas para o benefício do supervisionado.”

Vários autores sugerem a disponibilidade e o apoio demonstrados pelos colegas e a presença de um orientador fixo (supervisor) são fatores externos responsáveis pela satisfação e sucesso do processo de integração (Pinheiro, 2012).

A disponibilidade do supervisor é também considerada pela OE (2010) como requisito do perfil do supervisor, onde a disponibilidade pessoal e profissional dos enfermeiros para o desempenho do papel de supervisor é essencial.

Também Alarcão e Tavares (2003) relevam sobre as diferenças entre o supervisor real e um supervisor ideal, onde este último era definido como um indivíduo aberto, disponível, de contactos fáceis, humanos e flexíveis, com o qual seria agradável trabalhar, repleto de conhecimentos e recursos que colocaria à disposição dos supervisionados.

II. Papel do Supervisor

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), o referencial de competências atribuídas ao supervisor clínico, são constituídas por dois domínios, o da profissão de enfermagem (competências profissionais de enfermeiro e as competências

profissionais de enfermeiro especialista) e o da supervisão Clínica (competências de domínio da supervisão clínica). Relativamente ao domínio da supervisão clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.22) destacam-se as seguintes competências:

- “Proporcionar aprendizagens e promover o desenvolvimento do supervisionado”. O supervisor será um agente facilitador de aprendizagens e promovendo percursos formativos pertinentes de acordo com o quadro referencial da profissão. Considerando a prática profissional do supervisionado, o supervisor deverá ser um promotor do desenvolvimento pessoal e profissional e simultaneamente aprender na análise, reflexão e ainda na relação que estabelece com o supervisionado;
- “Garantir uma indução e/ou transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados de Enfermagem Prestados em Exercício Profissional Tutelado (EPT) e Desenvolvimento profissional tutelado (DTP)” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.23). Também evidenciará sentido de responsabilidade no acompanhamento dos supervisionados, nos processos sejam eles de início profissional ou promoção de novos papéis no seu decurso profissional. Será também responsável por salvaguardar e garantir uma prática profissional segura e qualidade dos cuidados de Enfermagem.
- “Promover uma relação de colaboração favorável ao desenvolvimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.24). Deverá estabelecer e desenvolver uma relação de colaboração e de apoio, promotora de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional que para si com supervisor, quer para o seu supervisionado.

No presente estudo, as participantes consideram que o papel do supervisor passa por Promover a autonomia dos enfermeiros envolvidos no processo de supervisão, referindo que esta se constitui como meio para desenvolver e adquirir novas competências, essenciais ao desempenho de funções nos novos serviços:

E3 “Numa fase inicial deve mostrar-nos como é a rotina e depois vai afastar-se cada vez mais até que seja só um Observador (...) primeiro é apresentar-nos,

fazer connosco e depois cada vez mais se vai afastando até que chega uma altura em que está só no papel de Observador.”

Os resultados confirmam a evidência disponível, nomeadamente, à luz das teorias de aprendizagem, o objetivo major dos processos formativos e de desenvolvimento têm como enfoque principal a autonomização do supervisionado (Pires, Sousa, Ribeiro, Cunha, & Reis Santos, 2020). Neste sentido, a adoção das diferentes estratégias supervisiva, por parte do supervisor, deve ter como objetivo a promoção da autonomia progressiva do supervisionado, questionando-o sobre a sua prática (Carvalho, Ventura, & Barroso, 2004), bem como ajudá-lo a desenvolver capacidades de se questionar sobre a mesma (Carvalho, 2016).

Garrido, Simões & Pires (2008, p.63), salientam o papel do supervisor na promoção da autonomia do supervisionado, afirmando que se espera que este primeiro proporcione ao supervisionado o *“suporte técnico, emocional e cognitivo que permita desenvolver competências técnicas, comunicacionais, atitudinais e cognitivas”* do supervisionado”, facilitando o processo da autonomização.

Também a OE (2010) foca o papel do supervisor no que concerne à valorização do trabalho do supervisionado, e em garantir a autonomia gradual do mesmo, sempre num clima de confiança, motivação e em que se pratica o constante *feedback*.

Ainda Rocha (2014), salienta que a função do supervisor em enfermagem consiste em ajudar e orientar na resolução de dificuldades da prática de cuidados, facilitando o desenvolvimento de competências, com o intuito de aumentar a qualidade no cuidar e, conseqüentemente promovendo a autonomia do supervisionado.

Em síntese, é nos ambientes reflexivos que encontram as estruturas que facilitam a prática reflexiva e apoio ao desenvolvimento de habilidades técnicas e pensamento crítico, fundamentais aos processos de autonomização e, em última análise, à construção da identidade pessoal e profissional, onde o supervisor assume um papel crucial, com a adoção as estratégias apropriadas (Gates & Sendiack, 2017; Pires et al., 2021b).

Na visão das participantes, o supervisor tem ainda o papel de ser Facilitador de experiências:

E4 *“Facilitador das experiências, promover a máxima experiência possível.”*

Na mesma perspetiva, podemos referir Alarcão (2002), quando se refere ao supervisor como “um líder ou facilitador de comunidades aprendentes” (p. 233). Este tem como tarefa “fomentar ou apoiar contextos de formação” (p. 233) para que se verifique um desenvolvimento profissional de todos os agentes, com repercussão na aprendizagem dos supervisados.

No estudo de Longo (2005), a ideia de supervisor como facilitador do processo é a mais referida. Facto este, também congruente com a opinião de Alarcão e Tavares (2018, p.56) ao defenderem que "(...) todas as tarefas realizadas pelos supervisores estão subordinadas a um verbo fulcral: Ajudar".

3.6. Integração e construção da Identidade Profissional

A identidade profissional é um processo em que se cruzam passado e presente, perspetivas pessoais e visões de grupo, constrangimentos sociais e vontades organizacionais. Como processo é uma construção humana em constante atualização, formada e transformada continuamente e a permanecer sempre incompleta (Hall, 2000).

Os profissionais vão tecendo a identidade profissional por meio de dois processos distintos - a identificação e a identização, assumindo a integração em conjuntos de pertença e referência, criando simultaneamente autonomias, diferenciações, distâncias e fronteiras em relação a outros (Queirós, 2015).

É na prática clínica, através das relações interpessoais com os profissionais de enfermagem e outros que, para além de uma aprendizagem real e efetiva, se constrói a identidade profissional (Franco, 2000).

Da análise da entrevista e, com vista a dar visibilidade ao grande objetivo do estudo, emergiu o domínio Integração e Construção da Identidade Profissional, resultante

das categorias *Relevância da integração e Papel do supervisor*, e respectivas subcategorias, que se encontram descritas no Quadro 5.

Quadro 5- Integração e construção da Identidade Profissional

Categorias	Subcategorias
Relevância da Integração	Construção da Identidade Profissional
	Identificação com os pares
Papel do Supervisor	Incremento da Relação supervisiva
	Servir de Modelo
	Adaptação dos estilos de supervisão

I. Relevância da integração

Quando o enfermeiro é admitido num serviço passa por uma fase de influência de grupo e por um processo de adaptação às normas e protocolos institucionais, na medida em que vai desenvolvendo atividades que se constituem como processos proximais. É nesta nova fase de adaptação do indivíduo, no início da prática profissional ou numa nova área de prestação de cuidados, que ocorre a integração com a equipa multidisciplinar e com o meio organizacional (França, 2013; Macedo, 2012).

Assim e, como referido por Sainsaulieu (1997), sendo o trabalho, e o sentimento que lhe é atribuído, um elemento essencial no desenvolvimento da identidade individual e social da pessoa, fez-nos sentido, abordar o papel da integração na construção da identidade profissional.

Ainda o mesmo autor defende que o trabalho favorece fenómenos identitários, onde são colocados em jogo diversos processos de acesso à identidade em função dos meios que se dispõem para gerir o conflito, que a ele está associado. O trabalho abre assim a possibilidade de desenvolvimento da identidade, através do universo de relações, no qual os sujeitos reagem individualmente, e que conduz a identidades diversificadas.

Neste sentido, emergiu do discurso das participantes, a perceção de que o processo de integração foi o ponto de partida para a construção da sua identidade profissional,

referido como facilitador e fonte de aquisição de saberes e relações. Surge assim a subcategoria Construção da identidade profissional:

E5 “(...) é a nossa orientação para depois começarmos o nosso percurso profissional (...); E6 “(...) a transmissão de conhecimento, sem dúvida que numa fase inicial é importante termos alguém que nos oriente em termos de conhecimento científico, (...)”; E5 “(...) e depois, a partir do momento em que são eles a prestar os cuidados, terem a sua identidade profissional. Ir construindo, remodelando, mas que no início se tivermos essa posição acaba por ser facilitador. (...) é assim, no meu caso, como estava no início da minha vida profissional, teve um papel facilitador [da construção da identidade profissional] (...).”

O estudo de Abreu (2001, p. 58) também aponta que o contexto de trabalho é estruturado através de instâncias materiais e simbólicas, através das quais o enfermeiro vai construindo uma identidade profissional provisória, que é atualizada pelas mudanças com as quais a profissão se confronta regularmente, sendo que “a heterogeneidade dos princípios constitutivos de trabalho não põe em causa o investimento na percepção de um sentido para as práticas profissionais”.

Também o estudo de Lopes (2001) revela que a identidade dos enfermeiros nasce no cruzamento dos seus saberes profissionais e das suas ideologias. Neste âmbito, Lemos (2008, p. 155) considera que “são os recursos cognitivos e simbólicos que permitem a atribuição do significado do exercício profissional, tendo em consideração a especificidade de cada local de trabalho, o qual encerra possibilidades e condicionamentos”.

Silva (2005) argumenta que o contexto de trabalho é um lugar essencial para que os atores se coloquem à prova e de revelação da sua identidade. Neste sentido, o contexto de trabalho é, não apenas um importante lugar de produção de saberes, mas também de reconhecimento dos mesmos, reconhecimento que é essencial na construção identitária dos sujeitos (Reis, 2016).

Também Johnson et al. (2012) se propuseram a estudar o desenvolvimento da identidade profissional ao longo da carreira, bem como, identificar os fatores que

influenciam na mesma. Concluíram que a identidade profissional se desenvolve ao longo de toda a vida. Começa ainda antes do início do curso, desenvolve-se através dele e prolonga-se por toda a carreira profissional. Consideram, no entanto, que a formação inicial é o período chave, pois é durante a mesma que se vão adquirir os conhecimentos e as competências específicas da profissão.

A organização, enquanto contexto de emergência identitária, tem, indiscutivelmente, um peso preponderante, na medida em que integra um conjunto de conhecimentos sociotécnicos que se sobrepõem e diferenciam dos saberes escolares, sendo descrita, por Dubar (2000, p. 213) como “uma unidade complexa de aprendizagem”, contribuindo para a estruturação da identidade profissional organizacional e o reforço do sentimento de pertença.

Outra subcategoria que emergiu da análise foi a Identificação com os pares, uma vez que o processo relacional entre o indivíduo e os outros é entendido como essencial na construção da identidade pessoal e profissional:

E4 “(...) o que nos ensinam na integração é o que nós levamos para nossa prática (...)”; E2 “(...) mas acho que, sem sombra de dúvida, tal como a colega, também eu não tinha praticamente experiência e acho que faz parte irmos conhecendo diferentes formas de trabalhar, diferentes formas de comunicar. (...) para irmos construindo a nossa própria identidade profissional é importante a parte técnica mas também vamos conhecendo um bocadinho de cada colega, vamos sabendo aquilo que queremos ser e aquilo que não queremos ser e vamos construindo nossa identidade e vamos dar o nosso cunho profissional, mas é preciso tempo.”; E3 “(...) uma pessoa vai um bocadinho pela identidade da colega. Vamos começando aos pouquinhos a criar a nossa identidade pessoal, mas vamos muito pelas colegas. (...) Eu agora já vou apanhando um bocadinho de todos, vamos apanhando a prática pessoal que a colega faz e nós vamos ali se calhar “colar” um bocadinho mas depois vamos começando a perceber também um bocadinho a nossa identidade.(...) mas para mim deu para perceber um bocadinho até que realidades existiam e eu também consegui criar ali a minha identidade (...)”; E5 “(...) como primeira prática, acho que esta acaba por ser um bocadinho o reflexo que depois vamos construindo e fazendo há minha

maneira e construindo a minha identidade profissional. Mas no início, aquilo que eu faço é um bocadinho o reflexo de como colega que me integrou organiza os cuidados, presta os cuidados, mas depois claro que vou adquirindo a minha individualidade (...) porque eu também via aquilo como a minha metodologia de trabalho (...).”

As participantes consideram que é na interação com os pares que a sua identidade profissional se vai construindo e moldando, através de processos de socialização, observação e seleção, o que vai ao encontro do evidenciado na literatura por vários autores, onde a identidade é considerada um elemento de natureza dinâmica, relacional e situacional (Akkerman & Meijer, 2011; Beauchamp & Thomas, 2009; Beijaard, Meijer, & Verloop, 2004), que implica a criação de sentido e (re)interpretação dos próprios valores e experiências (Giddens, 1994).

A identidade profissional é uma das muitas identidades sociais do indivíduo, sendo aquela que é estabelecida nas representações, práticas e saberes profissionais e que depende do contexto de exercício profissional do indivíduo (Pimenta, 2005). Neste enquadramento, o contexto laboral é considerado um local e um momento propício para o indivíduo interagir socialmente, sendo essa interação necessária à aquisição da sua identidade.

Nos seus estudos, Tavares (2008) confirmou a influência do trabalho na construção da identidade profissional em técnicos de cardiopneumologia, numa primeira instância pelos processos de socialização, ocorridos na instituição formadora e, posteriormente, nos contextos de trabalho. Por sua vez, Carvalho (2012) afirmou que não é possível desvincular a questão da IP da formação, da história da profissão e das regras e tendências do mercado de trabalho.

Neto e Ramos (2004), no seu estudo sobre identidade do enfermeiro, revelam que no quotidiano do trabalho os enfermeiros movem-se, relacionam-se, até onde o raio de ação dos seus atos permite. Neste sentido, referem que conflitos ou tensões contidos na organização do trabalho incidem na identidade profissional como marcas, refletindo-se nas relações entre os diversos profissionais envolvidos. Segundo os mesmos autores, a construção da identidade profissional do enfermeiro

desenvolve-se na relação consigo e com o outro, na qual o outro diz e reafirma quem é o ser enfermeiro.

Cabe evocar ainda, que a identidade profissional dos enfermeiros se inicia na formação base de enfermagem, mas é construída e consolidada a partir da sua atuação no campo do seu saber, diante das interações realizadas no espaço pelo qual exerce sua função, ao interagir com os demais atores inseridos no mesmo cenário (Assis *et al.*, 2018) pois, ao atuar, o profissional aflora modelos identitários que são mediados pela dinâmica das transações biográficas e relacionais.

No estudo de Trindade (2020) a construção da identidade profissional emerge como uma das finalidades do processo de integração.

II. Papel do Supervisor

No exercício de enfermagem, a supervisão clínica é determinante 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 (OE, 2018).

Da análise do discurso dos participantes emergiu o Incremento da relação supervisiva como fundamental na construção de competências e autonomia, e consequentemente, na construção da identidade profissional do enfermeiro recém-chegado:

E6 “...eu acho que acima de tudo é isso, uma relação de confiança (...) é bom termos essa relação de confiança e empatia porque vamos ter questões, e nós temos que estar à vontade e termos a certeza que não vamos ser julgadas pelas questões que vamos colocar, e se virmos que temos ali uma pessoa à frente, de referência, que além de conhecimento está aberta a que lhe coloquemos questões (...) acho que também é importante essa relação de confiança.”; E3 “É essencial!”; E1 “(...) porque o supervisor depois acaba por ser sempre, para o

futuro, aquela pessoa de referência que, se foi de facto um bom supervisor, criou-se ali uma boa relação, vai ser aquela pessoa a quem nós podemos recorrer durante todo o nosso percurso futuro naquele serviço, para tirar dúvidas(...)"

Estes achados vêm confirmar a evidência que demonstra que é através da relação supervisiva, tendo por base um clima afetivo-relacional positivo, que o enfermeiro em integração é ajudado na construção progressiva de competências e autonomia, ao encontro do que é perspectivado por Bronfenbrenner e Morris (2006) no modelo bioecológico de desenvolvimento humano.

Esta relação estabelecida entre o enfermeiro em integração e o enfermeiro supervisor, assim como entre toda a equipa implicada neste processo (atmosfera envolvente), através da aprendizagem, da formação e do desenvolvimento, são atos que devem ser realizados pela pessoa em desenvolvimento com a implicação de outros, e não isoladamente (Sá-Chaves, 2000), tornando-se evidente a necessidade de um clima afetivo-relacional saudável e propício para um adequado desenvolvimento pessoal e profissional (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Neste sentido, ocorre a necessidade de que os atores deste processo trabalhem em equipa, uma vez que cada um transporta para a relação supervisiva as suas experiências, expectativas, valores, conhecimentos, sendo imprescindível a existência, de "uma atmosfera afetivo-relacional e cultural positiva, de entreajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária", segundo Alarcão e Tavares (2003, p. 61), entre os atores do processo.

No estudo desenvolvido por Severinsson e Sand (2010), os resultados demonstraram que o modelo de supervisão influencia fortemente no desenvolvimento da identidade profissional, aumentando a capacidade de decisão e o desenvolvimento pessoal. Entendendo que a construção da IP se inicia ainda na formação base (Serra, 2008), podemos afirmar, à semelhança do que emergiu da análise do discurso das participantes, que a relação supervisiva em muito influencia a construção da IP.

Segundo Santos (2005), o sistema da ação profissional é baseado na existência de um referencial comum no campo profissional, possibilitando ao trabalhador dispor de

um sistema de informações, um campo representativo que lhe permite, pelos conteúdos que nele existem, orientar a sua atividade.

O reconhecimento social é elaborado na ação e na comunicação profissional e estas são especificadas pelos contextos de intervenção, pelos atores significantes e pelos objetos da prática profissional (Santos, 2005), onde o supervisor assume um papel de realce.

Pretende-se que a identidade profissional seja gratificante e segura, facilitando o processo de introspeção e apropriação dos modelos e valores da organização ou do campo profissional e, por outro lado, permitindo ao indivíduo identificar-se, produtivamente, como um dos elementos do grupo (Santos, 2011).

Do discurso emerge, ainda, o Servir de modelo como parte integrante deste processo de construção de identidade profissional, assumindo a sua importância no período de integração:

E4 “Por exemplo o brio profissional e a elegância com que se trabalha, a organização dos cuidados (...)”; E6 “(...) todos nós nos lembramos quem nos integrou nos serviços, e esses hábitos ficam em nós (...)”

Sales (2015) refere que os supervisores são encarados como modelos, não sendo sinónimo de uma atitude passiva e acrítica por parte do formando, o que é corroborado com a opinião das participantes.

Neste sentido, entende-se o supervisor clínico como a figura de referência e que vai ser o modelo que os enfermeiros recém-chegados vão assumir no desenvolvimento da sua identidade profissional. Assim sendo, as características do supervisor são de extrema importância, uma vez que, será quem vai dirigir, orientar e também aconselhar o supervisionado, conferindo-lhe suporte emocional e estabelecendo uma relação acolhedora e um ambiente de apoio (Barbosa,2015; Silva, 2018).

O supervisor clínico deverá possuir determinadas características, consideradas essenciais para o desempenho objetivo das suas funções, que como refere Alarcão (2002), deverá ser um líder, alguém com reconhecidas capacidades de diálogo, de partilha e interajuda. Neste sentido a sua presença efetiva junto da pessoa que vai

ser integrada, é vista como fundamental no processo de construção da identidade profissional.

Para Figueiredo e Peres (2019), as relações estabelecidas com os supervisores, a incorporação da forma de pensar e de agir, a apreensão de valores e das normas do grupo profissional, passa a ser a referência nas atitudes, comportamentos e condutas do novo profissional.

Numa perspectiva global, e tendo como referência a qualidade dos cuidados de enfermagem, o supervisor atua como modelo e como referência, pelo que deve compreender a importância deste seu papel, para a consolidação da identidade profissional do supervisionado (Tavares, 2013).

Por último, emerge a Adaptação dos Estilos de Supervisão, como sendo uma responsabilidade do supervisor e que terá influência na construção da Identidade profissional do supervisionado:

E1 “(...) há pessoas que reagem melhor a uma posição mais interventiva do supervisor, uma orientação muito focada sempre nos cuidados e naquilo que vai influenciar e há outras que se enquadram mais numa metodologia mais à vontade, de mais liberdade para poder fazer o seu trabalho e ser apenas supervisionado e corrigido mais à distancia.”

Nesta linha de pensamento, e como refere Ribeiro (2000, p.93), “(...) não se pode usar estratégias iguais com pessoas diferentes, no sentido de desencadear processos de formação com sucesso para todos”, é por isso, necessário conhecer os supervisionados, para melhor adequar a supervisão. O saber para compreender e apreciar os outros, é condição indispensável à função da supervisão (Mosqueira, 2017).

Também o estudo de Severinsson e Sand (2010) realça nos resultados obtidos, que o modelo de supervisão influencia fortemente no desenvolvimento da identidade profissional, aumentando a capacidade de decisão e o desenvolvimento pessoal.

Torna-se, desta forma, importante que o supervisor tenha uma relação de proximidade, cooperante e flexível, proporcionando um ambiente saudável e

motivador para que o supervisor se sintam bem no seu processo de integração, contribuindo assim, para o seu desenvolvimento profissional e humano.

CONCLUSÃO

O processo de integração é particularmente importante para os enfermeiros, sobretudo na sua primeira experiência de trabalho, ou mesmo quando têm de mudar de serviço dentro de uma mesma, ou vindos de outra, instituição de saúde.

A par da crescente exigência por parte da OE quanto ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da certificação das suas competências, várias questões se colocam, nomeadamente no que respeita à integração dos novos profissionais de enfermagem no mercado de trabalho.

O processo de integração profissional deve facilitar ao enfermeiro a perceção do conjunto de normas, valores e objetivos estabelecidos na instituição e proporcionar uma adaptação adequada, que se refletirá num adequado desenvolvimento profissional, exigido para a prestação de cuidados de qualidade.

A integração assume-se como um contributo bastante importante para o enfermeiro, na medida em que contribui para um reforço de motivação e de permanência deste nas instituições. O processo de integração pode considerar-se terminado quando o novo elemento é capaz de refletir criticamente sobre o trabalho, contribuindo com iniciativas sobre o mesmo. Para além do contributo evidente para o enfermeiro, uma integração adequada permite ainda à instituição atingir os seus objetivos, ao mesmo tempo que possibilita o desenvolvimento das potencialidades de cada elemento recém-admitido. Sendo o processo de integração determinante no sucesso da adaptação do indivíduo à organização e, conseqüentemente, no seu desempenho, uma vez que promove o desenvolvimento da autoconfiança no exercício das suas funções, entende-se a construção da sua identidade profissional como inerente ao fenómeno de desenvolvimento das suas competências.

Assim, podemos inferir que a construção da identidade profissional ocorre no cruzamento do desejo pessoal, da trajetória pessoal e profissional, nas inter-relações pessoais e profissionais, na autoaceitação dos limites pessoais e profissionais, no reconhecimento das capacidades pessoais, na capacidade de reconciliação e no saber lidar com as frustrações e sentimentos de impotência.

Foram evidentes no estudo que as vivências de integração dos enfermeiros influenciaram o seu desenvolvimento pessoal e profissional, com consequente influência na construção da sua identidade profissional. O papel da supervisão clínica em todo o processo foi também evidenciado como sendo de extrema importância, onde o papel do supervisor clínico foi considerado a chave para o sucesso.

A par do sugerido pela literatura, foram evidentes sentimentos de stress, insegurança e ansiedade, nas vivências do processo de integração, associados ao novo papel e atividades a desenvolver, perante uma realidade, também ela nova para as participantes. Estes sentimentos demonstraram-se comuns a todas as participantes independentemente da sua experiência profissional anterior.

Estas vivências associadas ao processo de integração em uso, foram fundamentais para a compreensão e reflexão sobre o fenómeno em estudo. Da análise do processo de integração em uso, emergiram várias categorias, como as estratégias de supervisão disponibilizadas, os contributos da SCE disponibilizada, os fatores facilitadores e dificultadores do processo, bem como a planificação e organização do processo de integração em uso.

A identificação das estratégias de supervisão usadas pelos supervisores clínicos e a sua adequação estabeleceu-se como um aspeto importante e que poderá fornecer informação relevante, para a melhoria da relação supervisiva, através de um maior investimento por parte dos supervisores clínicos no uso das mesmas. De acordo com as suas vivências de integração, algumas das participantes consideraram não ter existido supervisão durante este período, o que teve impacto negativo na sua integração. No entanto, identificaram estratégias que gostariam de ver adotadas, bem como as que consideraram ter sido realizadas nos casos em que consideram ter existido supervisão, como a demonstração, a observação, a reflexão sobre as práticas, a formação contínua, o feedback, a orientação e o apoio. Concluiu-se, ainda, que a implementação de estratégias de supervisão adequadas e individualizadas é fundamental, uma vez que vão contribuir para a melhoria dos cuidados e para a segurança do supervisionado.

Ficou ainda evidente a importância dada aos contributos da SCE disponibilizada, nomeadamente, na motivação e desenvolvimento profissional do enfermeiro. A par do evidenciado pela literatura, os processos de SC potenciam o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais num ambiente de apoio e suporte, através de uma aprendizagem experiencial, da análise e reflexão, tendo em vista melhorar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, proteção e segurança dos utentes e aumento da satisfação profissional.

Decorrentes das vivências do processo de integração identificaram-se os seguintes fatores facilitadores do mesmo: a experiência profissional anterior; a formalidade do processo de integração, como ponto-chave do sucesso da integração; a formação teórica, cujos contributos se refletem no autoconhecimento e no desenvolvimento de competências e habilidades; a disponibilidade da equipa, uma vez que boas relações interpessoais entre os elementos de uma equipa, aumentam a capacidade de envolvimento no trabalho, diminui o sentimento de impotência dos profissionais e aumenta a autoeficácia individual e coletiva; as características do supervisor, sendo destacada a importância da disponibilidade deste; a experiência do supervisor, como fator de motivação e aprendizagem; metodologias de supervisão semelhantes, uma vez que vão favorecer a continuidade e uniformidade no acompanhamento do supervisionado; a adaptação do tempo de integração às necessidades do enfermeiro, considerado fundamental para a adaptação e confiança; a existência de material de apoio; e a elaboração de um portfólio de competências.

Foram também identificados os seguintes fatores dificultadores do processo de integração: a ausência de metodologia de integração; inexperiência na área, pela escassez de conhecimento; a carga emocional; a inexistência de supervisor, o que originou uma descontinuidade do processo superviso e do acompanhamento disponibilizado; a inexistência de supervisão; diferentes metodologias de supervisão; a incompreensão da equipa; a duração insuficiente, dificultando a adaptação, autonomia e segurança; e a não valorização do supervisionado.

A identificação dos fatores dificultadores à integração, constituiu um aspeto importante, na medida em que vai permitir delinear estratégias que minimizem estes aspetos,

atender às necessidades identificadas e otimizar a operacionalização do processo, sendo um dos propósitos a atingir.

A planificação e organização do processo de integração em uso, é um aspeto que releva, visto que este se deve desenvolver por fases, para facilitar o seu desenvolvimento e dinâmica, bem como, despertar o interesse e entusiasmo iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade da prestação de cuidados, assim como permitir ao supervisor a oportunidade de orientar o novo elemento corretamente. Neste âmbito, concluiu-se que a apresentação da instituição/serviço foi considerada como insuficiente, o que foi entendido como um obstáculo ao início do processo. Por sua vez, as participantes com experiência de processos de integração no estrangeiro, relevaram a importância que a apresentação da instituição e serviço teve no seu processo de integração.

A duração insuficiente foi outro aspeto que emergiu do estudo, considerando que a duração deste processo deverá ser variável, dependendo das necessidades imediatas e a longo prazo do serviço e do enfermeiro em integração. Assim, este período de integração deve ser razoável de modo a que o enfermeiro a integrar possa desenvolver as competências essenciais para o desempenho da sua atividade profissional. Neste sentido, verificou-se que o contexto, as vivências e experiências profissionais das enfermeiras, tiveram influência no tempo de integração disponibilizado, tendo variado entre cinco e quinze dias.

Um processo estruturado de integração pressupõe a existência de objetivos institucionais e objetivos específicos por contexto, com vista à apropriação do programa às especificidades e necessidades de cada serviço, com o intuito de auxiliar o novo profissional a se sentir parte integrante da instituição/equipa. Neste sentido, podemos aferir a ausência de objetivos específicos no seu programa de integração, bem como a ausência de análise dos mesmos, como uma grande lacuna identificada no programa de integração, o que na ótica das participantes pode comprometer a adaptação ao serviço. Para estar integrado, é importante que o elemento em integração se sinta apto, assim como o seu superior hierárquico também tem de o considerar apto a assumir as responsabilidades do cargo que vai ocupar, sendo que, para tal, a análise dos objetivos se torna essencial.

A monitorização do processo de integração revelou-se deficiente, dada a não realização de apreciações intercalares ao desempenho e desenvolvimento das participantes. Da análise da literatura podemos compreender a importância dada ao feedback, como uma ferramenta de grande importância nos processos de integração. Tal facto foi comprovado pela experiência relatada, de integração no estrangeiro, onde a monitorização do processo faz parte de um programa estruturado de integração, traduzindo-se numa mais-valia do processo, permitindo a evolução com vista a uma maior autonomia e desenvolvimento profissional do supervisionado.

É inegável o potencial do processo de integração em contribuir para o desenvolvimento de uma força de trabalho mais articulada e capaz, para a motivação e premência do funcionário na instituição, bem como para o alcance dos objetivos organizacionais. Neste sentido emergiu o domínio elementos centrais de um programa de integração promotor da identidade profissional, com vista a dar resposta ao grande objetivo do estudo. Daqui emergiram dez categorias: definição de guidelines nacionais de integração pela Ordem dos Enfermeiros, uma vez que se atribui aos organismos nacionais e internacionais, nomeadamente, à ordem dos Enfermeiros, os argumentos necessários para o incremento da prática reflexiva e desenvolvimento profissional; definição de protocolos de integração a nível organizacional, com vista a dar resposta às necessidades quer do serviço quer do supervisionado; disponibilidade de material de apoio, estabelecendo normas e protocolos com vista à uniformização das práticas; supervisor como elemento supranumerário, o que permite ao supervisor disponibilizar tempo de qualidade à integração do supervisionado; flexibilidade do tempo de integração, com vista a atender às necessidades do serviço e do supervisionado, e tendo em conta a evolução deste; envolvimento do enfermeiro nos processos de decisão da sua integração; ter em conta a experiência e motivações do enfermeiro em integração; facilitar o conhecimento da instituição; nomeação de supervisores; e normalização das metodologias de supervisão, uma vez que a integração por vários elementos não é benéfica e confunde o novo elemento com diferentes formas de trabalhar.

Sobressai dos resultados o facto dos enfermeiros supervisores serem frequentemente escolhidos aleatoriamente. Neste sentido, os profissionais assumem

o papel de supervisor sem estarem conscientes da responsabilidade que estão a assumir, bem como dos requisitos exigidos, pelo que a formação destes profissionais se torna uma necessidade. Os supervisores clínicos devem estar dotados de preparação específica para desenvolverem o processo, possuir capacidades formativas e desenvolver práticas clínicas.

Importa evidenciar que, a experiência de integração no estrangeiro, de algumas das participantes, veio enriquecer a análise do estudo, uma vez que trouxe perspectivas diferentes mas ao mesmo tempo relevantes para sugestões de melhoria. De salientar a existência de programas de integração estruturados, cuja responsabilidade é atribuída a um departamento de supervisão, que assume toda a responsabilidade pelo processo, incluindo a definição de objetivos, monitorização do processo através do seu planeamento junto das chefias como protocolo instituído, a seleção do supervisor clínico, sendo que este tem de possuir formação em supervisão ou caso não o tenha mas seja considerado o elemento com as características necessárias para a função, essa formação é-lhe facultada pelo departamento. Ainda de referir o envolvimento do novo elemento durante todo o processo, existindo a preocupação de perceber as suas experiências e motivações, de modo a contribuir para uma melhor gestão dos recursos, diminuição do tempo de integração, motivando assim o supervisionado a obter um melhor desempenho.

A relevância da supervisão clínica como promotora de ambientes de trabalho saudáveis, nomeadamente, pelo papel que pode assumir na gestão do *stress* dos profissionais é notória. O processo superviso assume um papel essencial no desenvolvimento de competências dos enfermeiros em integração e é perante ele, através da utilização de estratégias adequadas, que os sujeitos envolvidos, inseridos num clima afetivo-relacional propício, desenvolvem competências essenciais para uma adequada integração no serviço.

Os processos de SC potenciam o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais num ambiente de apoio e suporte, através de uma aprendizagem experiencial, da análise e reflexão, tendo em vista melhorar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, proteção e segurança dos utentes e aumento da satisfação profissional.

O supervisor assume, assim, o papel de analisar e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais em início de carreira, nos seus próprios ambientes clínicos. Tem o papel de estimular a aplicação da teoria na prática, desenvolvendo habilidades e ensinando o recém-formado a utilizar adequadamente o tempo. Ao supervisor é ainda exigida a capacidade de saber adequar os meios, tendo em conta o fim pretendido e o contexto específico.

Refletindo as representações das participantes sobre o supervisor clínico, emergiram do estudo duas categorias: o perfil do supervisor e o papel do supervisor.

O Enfermeiro Supervisor deve orientar, auxiliar e capacitar o supervisionado, promovendo a progressiva incorporação das responsabilidades na sua prática e na tomada de decisão, à medida que estimula uma atitude crítica e reflexiva, a sua socialização com a realidade clínica, o enquadramento do exercício profissional nos referenciais da profissão e a sua autonomização gradual e segura. Deve ainda, promover uma relação de colaboração num ambiente afetivo-relacional favorável e, com base numa comunicação eficaz, garantir a adaptação do processo supervisorio à individualidade de cada supervisionado e criar estratégias para que estas se repercutam em oportunidades de aprendizagem, no desenvolvimento de competências e na operacionalização de conhecimentos, habilidades e atitudes.

De acordo com os resultados obtidos acerca do perfil do supervisor, salienta-se a expertise, devendo o supervisor ser um profissional experiente e com formação específica; competências humanas e relacionais, sendo valorizado pelas participantes a empatia, paciência, capacidade de comunicação e assertividade; competências pedagógicas, sendo capaz de compreender o processo de integração, transpondo a teoria para a prática, mantendo a vertente relacional; ser promotor do pensamento crítico, cooperando em processos de mudança de pensamento mediante a indagação reflexiva das práticas, impulsionando o contínuo desenvolvimento profissional do supervisionado; possuir formação em SC, sendo este ponto considerado fundamental dada a sua comprovada relação positiva com a aquisição de competências quer pessoais quer profissionais, na formação e qualidade dos cuidados; prática baseada na evidência, como fonte de procura de conhecimento e motivação para o supervisionado; motivação para o desempenho do papel, considerado pelas

participantes como crucial para o sucesso do processo supervisivo; e a disponibilidade do supervisor, como requisito do perfil do supervisor.

Quanto ao papel do supervisor resultou que este deve dar importância à promoção da autonomia do supervisionado no processo de supervisão, constituindo-se como meio para desenvolver e adquirir novas competências. É esperado que o supervisor garanta a autonomia gradual do supervisionado, num clima de confiança, motivação e onde o feedback é uma constante. Constata-se, ainda, o papel do supervisor como facilitador de experiências, onde ao longo do processo supervisivo procura proporcionar o máximo de experiências possíveis ao supervisionado, para que se verifique um desenvolvimento profissional com repercussão na aprendizagem do supervisionado, num clima de ajuda e suporte.

Numa perspetiva global, os supervisores e a restante equipa, assumem na integração de novos elementos, um papel fundamental no desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento profissional dos mesmos, contribuindo ativamente para a sua integração. No processo de integração, não só o supervisionado mas também o supervisor, vai colher frutos de todo este processo, uma vez que é obrigado a reformular estratégias, a ter uma nova perspetiva das situações e a reconstruir conceitos teóricos adquiridos.

Sobre o papel da integração na construção da identidade profissional, salienta-se a relevância da integração bem como o papel do supervisor. A perceção de que o processo de integração foi o ponto de partida para a construção da sua identidade profissional, foi salientado pelas participantes, e referido como facilitador e fonte de aquisição de saberes e relações. Salienta-se, ainda, que é na interação com os pares que a sua identidade profissional se vai construindo e moldando, através de processos de socialização, observação e seleção.

A identidade profissional inicia-se na formação base de enfermagem, mas a sua construção e consolidação é confirmada na atuação no campo do saber e do fazer, ao longo da interação com os pares no contexto de trabalho, podendo afirmar-se que a construção da identidade emerge como uma finalidade do processo de integração.

O papel do supervisor na construção da identidade profissional é inegável, sendo assumido no estudo o seu contributo, através do incremento da relação supervisiva, privilegiando-se uma atmosfera afetivo-relacional saudável e recíproca, onde a necessidade de todos os atores envolventes trabalharem em equipa é fundamental. Aqui, o supervisor clínico deve transportar as suas experiências, conhecimentos e valores, influenciando fortemente o desenvolvimento da identidade profissional do supervisionado, servindo como modelo. Ainda a adaptação dos estilos de supervisão é vista no estudo como sendo uma responsabilidade do supervisor e que em muito influencia a construção da identidade profissional do supervisionado. O saber para compreender e apreciar os outros, torna-se condição indispensável da função da supervisão, no papel do supervisor. Assim, o modelo de supervisão vai ter grande influência na construção da identidade profissional do supervisionado, com repercussão na sua capacidade de decisão e desenvolvimento pessoal.

Em síntese, poder-se-á dizer que os resultados obtidos neste estudo são importantes contributos para se repensarem os programas de integração de enfermeiros recém-admitidos na instituição estudada, o que se traduzirá num grande contributo para a enfermagem. Podemos ainda salientar a grande importância da supervisão clínica bem como da integração para a construção da identidade profissional do enfermeiro, na medida em que vão influenciar o seu desenvolvimento no contexto da prática e da profissão.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.

Adamy E, Zocche D, Almeida M. (2020). *Contribuição do processo de enfermagem para construção identitária dos profissionais de Enfermagem*. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp):e20190143. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>

Akkerman, S., Meijer, P. (2011). *A dialogical approach to conceptualizing teacheridentity*. Teaching and Teacher Education, v. 27, n. 2, p. 308-319, fev.

Alarcão, I. (2001). *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Alarcão, I., Canha, B. (2013). *Supervisão e colaboração: Uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora.

Alarcão, I., Tavares, J. (1997). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Alarcão, I., Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Almedina.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2018). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

Alves, A. (2014). *Impacto da Formação pós-graduada em Enfermagem nas conceções e práticas dos Enfermeiros*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado.

Alves, F.C. (2005). *Diário de MS9: Dilemas de uma professora principiante*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.

Amado, J. (2000). *A Técnica de Análise de Conteúdo*. Revista Referência. nº5 nov., p.53-62.

Amaral, G., & Deodato, S. (2015). *Articulação entre os estabelecimentos de ensino superior de enfermagem e as instituições de saúde em Portugal: Fatores que dificultam e medidas a implementar*. Cadernos de Saúde, 7, 7-1.

Arvidsson, B., Löfgren, H., Frindlund, B. (2001). *Psychiatric nurses and how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence: a 4-year follow-up study*. Journal of Nursing Management. vol. 9, p. 161-171, 2001.

Assis, JT. (2018). *Identidade profissional do enfermeiro na percepção da equipe da estratégia saúde da família*. Revista Saúde e Ciência online, v. 7, n. 2, (maio a agosto de 2018). P 43-58

Azevedo, C. (1996). *Integração de Enfermeiros às unidades/serviços*. Divulgação, 38, 9-30.

Barbosa, M. C. S. (2015). *Fatores que influenciam a supervisão de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em ensino clínico: Perspetiva do enfermeiro tutor* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto).Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/9761>

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70.

Bastos, M. (2001). *O processo de socialização dos enfermeiros em um Centro de Tratamento Intensivo*. Revista Escola Enfermagem – Universidade São Paulo, vol.35 (3), p. 291-299.

Batista, A. et al. (2005). *Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro*. Revista Escola Enfermagem - Universidade São Paulo, vol. 39 (1), p. 85-91.

Beauchamp, C.; Thomas, L. (2009) *Preparing prospective teachers for a context of change: reconsidering the role of teacher education in the development of identity*. Cambridge Journal of Education, Cambridge, v. 39, n. 2, p. 175-189, Maio.

Beijaard, D., Meijer, P., Verloop, N. (2004). *Reconsidering research on teachers' professional identity*. Teaching and Teacher Education, v. 20, p. 107-128, Fev.

Bégat, I., Severisson, E. (2006). *Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses experiences of well-being related to their psychosocial work*. Journal of Nursing Management, 14, 610–616.

Bellaguarda, M., Silveira, L., Mesquita, M., Ramos, F. (2011). *Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa*. *Enfermagem em Foco* 2011; 2(3):180-183.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Berggen, I., Barbosa, A., Severinsson, E. (2005). *Core ethical issues in clinical nursing supervision*. *Nursing and Health Sciences*, vol. 7, p. 21-28.

Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed.

Bronfenbrenner, U. (1980). *The Ecology of Human Development, Experiments by Nature and Design*. 3ª ed. Cambridge: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U., Morris, P. (1998). *The ecology of developmental processes*. In W. Damon e R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: theoretical models of human development*, vol. 1, p. 993-1028. New York: John Wiley.

Bucchi, S., Mira, V. (2010). *Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva*. *Revista da Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo*, vol. 44, p. 1003-1010.

Butterworth, L. et al. (2008). *Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007*. *Nurse Education Today*, vol. 28, p. 264-272.

Butterworth, T., Faugier, J. (1994). *Clinical Supervision in Nursing, Midwifery and Health Visiting*. Briefing Paper. University of Manchester. ISBN: 1-898992-00-2.

Campos, C., Turato, E. (2009). *Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas* [Em Linha]. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, vol.17, nº2 (mar.-abr.).

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos - Perspetivas dos Atores*. Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Carvalho, A. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Carvalho, C. R. (2012). *A Identidade Profissional dos Terapeutas Ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman*. Saúde Sociedade, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 364-371, abr./jun.

Carvalho, F., Ventura, T., Barroso, R. (2004). *Perfil de competências do orientador de formação*. Revista Portuguesa Clínica Geral, vol. 20, p. 147-152.

Centro Hospitalar Universitário do Porto. (2020). *Centro Materno Infantil do Norte*. <https://www.chporto.pt/ver.php?cod=0A&und=jd>

Coan, T., Gonçalves, V., Leite, M., Castilho, V. (1996). *A Opinião dos enfermeiros sobre o programa de treinamento para a sua integração em um hospital de ensino*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, vol. 30 (2), p. 187-203.

Coelho, R., Lourenço, A. (2004). *Integração dos enfermeiros na equipa de saúde*. Revista Nursing, vol. 192(15), p. 16-23.

Conselho de Enfermagem (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Fundamentos, Processos e Instrumentos para a Operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional De Enfermeiros (ICN) (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade*. Instrumentos de Informação e Ação. Genebra.

Correia, V., Servo, M. (2006). *Supervisão da enfermeira em unidades básicas de saúde*. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 59, nº 4, p. 527-531.

Cotta, R., Costa, G., Mendonça, E. (2013). *Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências*. Ciências & Saúde Coletiva, 18 (6). 1847-1856.

Cottrell, S. (2000). *Introduction to clinical supervision*. Documento WWW.URL: [<http://www.clinicalsupervision.com/supervision%20policy.htm>].

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.

Cross, W., Moore, A., Ockerby, C. (2010). *Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital*. Contemporary Nurse, vol. 35(2), p.245-253.

Cross, W., Moore, A., Sampson, T., Kitch, C., Ockerby, C. (2012). *Implementing clinical supervision for ICU outreach nurses: A case study of their journey*. Australian Critical Care. 25, 263-270.

Cruz, S. (2008). *A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada*. Revista Servir, vol. 56 (5) (nov.- dez.), p. 200-206.

Cruz, S. (2012). *Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Cruz, S., Carvalho, L., Sousa, P. (2012). *Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, (69), p. 864–873.

Cruz, S., Carvalho, L., Sousa, P. (2015). *Clinical supervision and emotional intelligence capabilities: Excellence in clinical practice*. Procedia - Social and Behavioral Sciences,(171), p. 153-157.

Cunha, A. (2008). *Supervisão das práticas clínicas: o caso particular da utilização dos sistemas de informação em enfermagem*. Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado, Aveiro .

Custódio, S., Pereira, A., Seco, G. (2006). *Stresse, suporte social, otimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. Évora: Universidade de Évora. VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia.

D’Espiney, L. (1996). *Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto hospitalar* In CANÁRIO, R. - *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, 169-188.

Decreto-Lei n.º 161/96. Lisboa: Diário da República, I Série A, n.º 205, p. 2959-2962, 1996.

Decreto-Lei n.º 67/98. Lisboa: Diário da República, I Série A, n.º 247, p.5536-5546, 1998.

Decreto-Lei nº 247/09. Lisboa: Diário da República, I Série A, nº 184, p.6758-6761, 2009.

Deschamps, J. C., Moliner, P. (2009). *A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais*. Tradução de Lúcia M. Endlich Orth. Petrópolis: Vozes.

DIAS, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributo para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência.

Diogo, P., Rodrigues J., Lemos e Sousa, O., Martins, H., Fernandes, N. (2016). *Supervisão de estudantes em ensino clínico: Correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suporte*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 4, 115-122. Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0150>

Dubar C. (2012). *A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional*. Cad Pesqui. 42(146):351-67. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742012000200003>

Dubar, C. (1995). *La Socialisation*. 2ª edição. Paris: Armand Colin.

Esteves, A. (2012). *A Construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório*. Setubal: Instituto Politécnico de Setubal. Dissertação de Mestrado.

European Agency For Safety And Health At Work (2000). *Research on work-related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1-267.

Fernandes, A., Geraldês, J., Batista, M., Alves, P. (2010). *Integração de enfermeiros no serviço de urgência geral*. Sinais Vitais, nº 92, p. 50-55.

Fernandes, O. (2004). *Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico, no hospital, no curso de licenciatura*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Tese de Doutoramento.

Ferreira Junior, A., Fontenele, M., Albuquerque, R., Gomes, F., Rodrigues, M. (2018). *A socialização profissional no percurso de técnico a enfermeiro*. Trab Educ Saúde. 16(3):1321-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00152>

Ferreira, M. (2006). *Organizações, trabalho e carreira*. Camarate: Lusociência.

Figueiredo, M., Peres, M. (2019). *Identidade da enfermeira: uma reflexão iluminada pela perspectiva de Dubar*. Revista de Enfermagem Referência, vol. IV, núm. 20, pp. 149-154.

Fonseca, M. (2006). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Fonseca, A. M., Frade, M. A., Marques, M. C., Lopes, M. J., Bule, M. J. (s.d). *Características do enfermeiro supervisor: Construções elaboradas pelos estudantes de 1º ciclo em Enfermagem*. Disponível em <https://dspace.uevora.pt>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

França, M. (2013). *Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: adversidades e estratégias*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

Francke, A., Graaff, F. (2012). *The effects of group supervision of nurses: a systematic literature review*. International Journal of Nursing Studies, vol. 49(9), p. 1165-1179.

Frederico, M. (2001). *Integração profissional*. Sinais Vitais, 37, 33-36.

Frederico-Ferreira, M., SILVA, C. (2012). *Reformas da gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros*. Revista de Enfermagem Referência, III Série (8) – (Dez.), pp.85-93.

Freixo, M. (2011). *Metodologia científica. Fundamentos, métodos e técnicas*. 3ª ed. Lisboa: Instituto Piaget.

Gago, T. (2008). *Crenças de eficácia nos papéis de carreira, valores de vida e prática de supervisão de ensinamentos clínicos, em enfermeiros*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado.

Garmston J. (2002). *A Psicologia da Supervisão*. In. J. Oliveira-Formosinho. (Org.), (2002d). *A Supervisão na Formação de Professores II – Da Organização à Pessoa*. (pp. 17-118). Porto: Porto Ed.

Garrido, A. (2004). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Garrido, A., Simões, J., Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspetivas práticas*. Universidade de Aveiro, Aveiro.

Gates, N. & Sendiack, C. (2017). *Neuropsychology Supervision: Incorporating Reflective Practice*. *Australian Psychologist*, 52, 191–197. Doi: <https://doi.org/10.1111/ap.12242>

Giddens, A. (1994). *Modernidade e identidade pessoal*. Celta, Oeiras.

Gil, A. (2010). *Gestão de pessoas: enfoque nos papéis profissionais*. 1ª Ed. São Paulo. Atlas, 2010.

Gomes, C. (2005). *Reflexão sobre o processo de ensinar/aprender no laboratório de enfermagem*. *Revista Rene*, vol. 6(1), p. 112-118.

Gonçalves, C. (2004). *Supervisão Clínia.de-Enfermagem: Necessidades de formação dos docentes supervisores*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado.

Goode, C., Williams, C. (2004). *Post-baccalaureate nurse residency program*. *Journal of Nursing Administration*, vol. 34, p. 71-77.

GUY, L., Cranwell, K., Hitch, D., McKinstry, C. (2020). *Reflective practice facilitation within occupational therapy supervision processes: A mixed method study*. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67, 320-329. Doi: <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12660>

Hansebo, G., Kihlgren, M. (2004). *Nursing home care: changes after supervision*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 45, nº 3, p. 269-279.

Hilli, Y. (2015). Developing preceptorship through action research: Part 2. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29(3), 478–485. <https://doi.org/10.1111/scs.12216>

Hyrkäs, K. (2002). *Clinical supervision and quality care*. Finlândia: University of Tampere. Dissertação de Mestrado.

Hyrkäs, K., Paunonen-Ilmonen, M. (2001). *The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision*. Nursing and Health Care Management, vol. 33(4), p.492-502.

Hyrkäs, K., Shoemaker, M. (2007). *Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors' perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role*. Journal of Advanced Nursing, vol. 60(5), p.513-524.

International Council of Nurses (2019). *International workforce forum calls for urgent action from governments to address global nursing shortage*. Geneva, Switzerland. Retrieved from <https://www.icn.ch/news/icn-international-workforce-forum-calls-urgent-action-governments-address-global-nursing>

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

Kilcullen, N. (2007). *An analysis of the experiences of clinical supervision on registered nurses undertaking /graduate diploma in renal and urological nursing and on their clinical supervisors*. Journal of Clinical Nursing, vol.16, p.1029-1038.

Koch, C. (2009). *Avaliar para melhorar a formação em supervisão clínica em enfermagem*. In Saúde e qualidade de vida: estado da arte. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Koivu, A., Saarinen, P., Hyrkäs, K. (2011). *Stress relief or practice development: varied reasons for attending clinical supervision*. Journal of Nursing Management, vol.19, p.644-654.

Kurcgant, P. (1991). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU.

Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lima, R., Silva, M., Andrade, L., Goes, F., Mello, M., Gonçalves, M. (2020). *A construção da identidade profissional em estudantes de enfermagem: pesquisa qualitativa na perspectiva histórico-cultural*. Rev. Latino-Americana de Enfermagem 28; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3820.3284>

Lino, M., Backes, V., Costa, M., Martins, M., Lino, M. (2018). *Pesquisa em enfermagem: Brasil e Portugal na construção da identidade profissional*. Texto Contexto Enferm.; 27(1):e6550015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018006550015>

Loureiro, C. (2002). *Integração e orientação dos enfermeiros*. Revista Informar. (Jan. - Abr.), Porto, ano VII, (27), pp. 16-22.

Luz, M. (2001). *Programa de integração para enfermeiros*. Revista Servir, vol. 49(6), p.288-294.

Lyth, G. (2000). *Clinical supervision: A concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, vol. 31(3), p. 722–729.

Macedo, M. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro.

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

Marriner, A. (2009). *Guide to nursing management and leadership*. 8ª ed., Mosby Elsevier.

Martin, P., Kumar, S., & Lizarondo, L. (2017). When I say ... clinical supervision. *Medical Education*, 51(9), 890-891. <https://doi.org/10.1111/medu.13258>

Martins, H. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e pesquisa*, vol. 30(2), p. 289-300, 2004.

Mc Carthy et al. (2021). Experiências de enfermeiras e parteiras com intervenção de supervisão clínica de grupo de pares: um estudo piloto. *Journal of Nursing Management*. DOI: 10.1111 / jonm.13404.

Melo, R., Pereira, A., Dias, A., Pinto, A., Rocha, S., Ferreira, T. (2019). O sucesso da supervisão clínica no processo de transição do enfermeiro recém-licenciado para a prática profissional: revisão integrativa da literatura. *Indagatio Didactica*, vol.11 (1). Julho. ISSN: 1647-3582.

Mestrinho, M. [et al] (2000). *Formação em enfermagem: Docentes investigam*. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000.

Miranda, C. (2015). Preparação dos enfermeiros para o exercício de funções de docência: contributo da supervisão clínica em enfermagem. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.

Monteiro, E. (2014). Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Impacto na Organização. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.

Mosqueira, P. (2017). O papel da supervisão pedagógica nos primeiros anos da prática docente no 1º Ciclo do ensino básico- Estudo de Caso. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus. Dissertação de Mestrado.

Moura, E., Mesquita, L. (2010). Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 63(5), p. 793-878.

Nadirshaw, Z., Torry, B. (2004). *Transcultural health care practice: Transcultural clinical supervision in health care practice*. London: Royal College of Nursing.

National Health Service. Clinical supervision guidelines for registered nurses, 2006.

Disponível em:

<http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Guidelines%20>

National Health Service (NHS). (2011). *Supervision policy*. Derby City: National Health Service Primary Care Trust.

Neves, D. (2013). *Liderança e satisfação dos enfermeiros com supervisão*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

Neves, J. (1996). *Pesquisa Qualitativa: Características, Usos e Possibilidades*. Caderno de Pesquisas em Administração. São Paulo. Vol. 1, nº 3, p.1-5.

Novoa, A. (1992). *Vidas de professores*. Porto: Porto Editora, p. 11-30.

Oguisso T. Florence Nightingale. Em: Oguisso T. editora. *Trajetória histórica da enfermagem*. São Paulo, Barueri: Manole; 2014. p. 57-97.

Oliveira, m. (2020). *Plano de Acolhimento e Integração de Novos Enfermeiros*. Portalegre: Instituto Politécnico de Castelo Branco. Relatório de Estágio.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Desenvolvimento profissional – Certificação de competências: Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema*. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, (26), p.4–8.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Reflexões: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*.

Disponível

em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/?pg=eventos_compil=10&ev=Reflexoes.

Papathanassoglou, E. [et al.] (2005). *Practice and clinical decision – making autonomy among Hellenic critical care nurses*. *Journal of Nursing Management*. Vol. 13, nº 2, p. 154-164.

Paula, M. (2019). *O Processo de Integração do Enfermeiro Circulante em contexto peri-operatório*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal. Relatório de Projeto.

Pena M., Ribeiro M., Pardino E., Clemente P. (2017). *A história de Florence Nightingale e a sua importância na iniciação científica da profissão enfermagem*. Rev Universo. (1):2. Disponível em: <http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=3universobelohorizonte3&page=article&op=view&path%5B%5D=4247>

Pimenta A., Souza M. (2017). *Identidade profissional da enfermagem nos textos publicados na REBEn*. Rev. Texto Contexto Enferm [Internet]. [citado 2018 jan 27];26(1):e4370015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-4370015.pdf

Pimenta, S. G. (2005). *Formação de Professores: identidade e saberes da docência*. In: PIMENTA, S. G. (Ed.). Saberes pedagógicos e atividade docente. 4ª Edição. São Paulo: Cortez.

Pimentel, M., Afonso, C., Monteiro, A. (2019). *Formação em Enfermagem e identidade profissional: traços sociais, académicos, percepções e atributos ligados à profissão*. Egitania Scientia Nº 25. ISSN: 1646-8848.

Ping, X. (2008). *Roles and models of clinical supervision*. Singapore Nursing Journal, Vol. 35, nº 2 p. 26-32.

Pinheiro, G. (2012). *Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em enfermagem*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.

Pinto, C. B. (1995). *Colaboração escolas/serviços: a propósito das opiniões dos orientadores de alunos em enfermagem em ensino clínico*. Dissertação apresentada A ESEMFR no âmbito do 4º CPAEE. Lisboa: s.ed.

Pinto, C., Mestrinho, M. (2000). *Formação em Enfermagem: Docentes investigam*. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Pinto, D. (2013). *Indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.

Pires, A. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa. Tese de Doutoramento.

Pires, M. L. (1994). As novas competências profissionais. In "Formar". Lisboa, 10, Fev/Mar/Abr 4-19.

Pires, R. (2004). Acompanhamento da atividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.

Pires, R. (2011). *Supervisão clínica e qualidade do exercício profissional*. I Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências. Núcleo de Investigação de Supervisão, Formação e Informação. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Pires, R. (2019). *Supervisão clínica em enfermagem: contributos para a conceção de um programa em contexto de cuidados de saúde primários*. Tese de Doutoramento em Enfermagem na Especialidade de Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.

Pires, R.; Sousa, C.; Ribeiro, S.; Cunha, I., Reis Santos, M. (2020). *Ciclo de supervisão de Peter Nicklin num cenário de ensino clínico de enfermagem*. *Enfermagem em Foco*, 11(6): p. 85-91. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.4228>

Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Pires, M. (2021b). *Estratégias de supervisão clínica: análise crítico-reflexiva das práticas*. *Millenium*, 2(14), 47-55. DOI: 10.29352/mill0214.21742

Pires, R., Pereira, F., Pires, M., & Santos, M. R. (2021a). Supervisão clínica: representações de enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários. *Millenium*, 2(16), 49-56. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0216.24768>

Pisco, L. (2000). Boletim IQS: apresentação. Instituto da Qualidade em Saúde, (0), p. 1-8.

Polit, D., Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Proctor, B. (2006). Training for the supervision alliance attitude, skills and intention, p.25-46.

Queirós, A. (2000). *Educação em Enfermagem*. Coimbra. Quarteto.

Queirós P. (2015). Contribution of the History of Nursing in the construction of professional identity. *Hist enferm Rev eletronica* [Internet]. 6(2):167-9.

Ramos, M. (2003). *A Perceptoría como Estratégia de Formação em Estágio de Enfermagem Pediátrica*. UI&DE, Vol. 7, Nº 1.

Reid, B. (1994). *The mentor's Experience - a personal perspective*. In Palmer, A. *A reflexive practice in nursing. The growth of a professional practitioner*. Oxford: Blackwell Scientific publications.

Ribeiro, J. (2009). *Autonomia profissional dos enfermeiros*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado.

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª ed. Legis Editora: Porto.

Ribeiro, O. (2013). *Custos e Benefícios do Ensino Clínico em Enfermagem para as Instituições Hospitalares*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde UC. Tese de Doutoramento.

Rocha, A. (2014). *Supervisão clínica em enfermagem para a segurança e qualidade dos cuidados: perspetiva dos supervisionados*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.

Rocha, I. (2013). *Construção e validação do questionário de avaliação da frequência de estratégias de supervisão clínica em Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.

Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro - Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.

Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão: contributos na área da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago.

Sá-Chaves, I. (1997). *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: CIDInE.

Sá-Chaves, I., Amaral, M. J. (2001). *Supervisão Reflexiva: A passagem do Eu Solitário ao Eu Solidário*. In Alarcão, Isabel (Org.). *Escola Reflexiva e Supervisão: Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.

Sales, C. J. (2015). *Critérios de seleção dos supervisores de estudantes de enfermagem em ensino clínico: Perspetiva dos enfermeiros responsáveis dos serviços*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem Porto. Disponível em <https://comum.rcaap.pt>

Santos, M. (2009). *Desenvolvimento de competências profissionais com a educação pelos pares*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado.

Sapata, A. (2012). *Stresse e estratégias de coping em enfermeiros: estudo comparativo entre Portugal e Espanha*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Dissertação de Mestrado.

Sardo, D. [et al.] (2005). *Conditioning factors in nursing students clinical supervision*. Conference Book: Recent Research Developments in Learning Technologies. Badajoz: Formatex, p. 402-405.

Serra, M. (2008). *Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem*. Revista de Ciências da Educação, N.5. Jan/Abr, ISSN 1646-4990.

Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho*. Universidade de Aveiro, Aveiro. Tese de Doutoramento.

Serrano, M., Costa, A., Costa, N. (2011). *Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)*. Revista de Enfermagem Referência, III Série (3) (mar.), p.15-23.

Severissson, E. (2001). *Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model*. Nursing Ethics, vol. 8(1), p. 36-44.

Silva, A. (2018). *A Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: Contributo dos enfermeiros supervisores para o processo de ensino-aprendizagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10362/46724>

Sheu, S., Lin, H., Hwang, S. (2002). *Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice: the effect of coping behaviours*. International Journal of Nursing Studies, vol. 39, p.165-175.

Silva, A., Carvalho, C. (2002). *Integração do enfermeiro numa organização hospitalar*. Revista Nursing, (164), p.16-20.

Silva, L. (2010). *Desenvolvimento Profissional Docente nos Espaços e Tempos do Trabalho Colaborativo*. Dissertação de Mestrado em Supervisão, Universidade de Aveiro. Aveiro.

Silva, R, Pires, R., Vilela, C. (2011). *Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico - Revisão sistemática da literatura*. Revista de Enfermagem Referência, III Série, Vol. 3, p. 113-122.

Silvestre, M. (2012). *Integração de Enfermeiros em instituições hospitalares: estudo de caso*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.

Simões, J. (2004). *Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.

Simões, J., Garrido, A. (2007). *Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas no ensino clínico de enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem, vol.16(4) (out.- dez.), p.599-608.

Siqueira, I., Kurcgant, P. (2005). *Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de intervenção geral*. Revista Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo (3), p. 251-257.

Sloan, G. (1998). *Focus Group interviews. Defining Clinical Supervision*. "Nursing Standard" 12;42, 40-43.

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 Serv Res, 17(1), 786-92. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>

Snowdon, D., Sargent, M., Williams, C., Maloney, S., Caspers, K., Taylor, N. (2020). *Effective clinical supervision of allied health professionals: a mixed methods study*. BMC Health Serv Res, 20:2. Doi: <http://doi.org/10.1186/s12913-019-4873-8>

Soares, S. (2004). *Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.

Sousa, M. (2003). *A formação contínua em enfermagem: estudo nas perspetivas do enfermeiro*. Revista Nursing, Ano 15, (175), p. 23-33.

Sousa, M., Mata, M., Rodrigues, C., Sousa, F. (2019). *Supervisão clínica: estratégias pedagógicas promotoras de desenvolvimento de competências profissionais nos estudantes de enfermagem*. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. In I Jornadas Internacionais de Enfermagem. Bragança.

Souza, J. (2011). *Motivação no Trabalho: uma análise dos dois fatores da Teoria Motivacional de Herzberg*. Paraná: Universidade de Brasília.

Spinola, A., Reis, A., Godinho, C. (2020). *Supervisão Clínica em Enfermagem- Uma solução digital*. Revista Ui_IPSantarém. Edição temática: Ciências da Vida e da Saúde. 9(1), 18-26. Doi:<https://revistas.recaap.pt/uiips/>

Streubert, H., Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

Tavares, D. (2008). *Identidade, socialização e processo de profissionalização — Contributos de um estudo sobre os técnicos de cardiopneumologia*. Sísifo / Revista de Ciências da Educação, Lisboa, n. 6, p. 35-44, maio/agosto.

Tavares, J. (2013). *Políticas de Supervisão Clínica em Enfermagem em Serviços de Pediatria*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.

Trindade, G. (2020). *Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Relatório de Trabalho de Projeto.

United Kingdom Central Council For Nursing, Midwifery And Health Visiting. (1996) *Clinical Supervision: guidelines for practice*. London: UKCC.

Varandas, M., Lopes, A. (2012). *Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo*. Revista Lusófona de Educação, vol. 22, p.141-158.

Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G.C. Gráfica de Coimbra.

West, E., Maben, J., Rafferty, A. (2006). *Nursing and patient outcomes: how can employers provide the right environment for nurses to deliver high quality care?*. DOI: <http://www.hhpr.org/>.

White, E., Winstanley, J. (2006). *Cost and resource implications of clinical supervision in nursing: an Australian perspective*. Journal of Nursing Management, vol.14, p.628–636.

Williams, L., Irvine, F. (2009). How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. *Journal of Nursing Management*, vol.17, p.474-483.

Wilson, L., Fawcett, T., Whyte, D. (2001). *An evaluation of a clinical supervision programme*. British Journal of Community Nursing, vol. 6(12), p.614-623.

Winstanley, J., White, E. (2003). *Clinical supervision: models, measures and bestpractice*. Nurse Researcher, vol.10(4), p.7-38.

Wood, J. (2004). *Clinical supervision*. British Journal of Perioperative Nursing, vol. 14(4) p.151-156.

Wright, J. (2012). *Clinical Supervision: a review of the evidence base*. Nursing Standard, vol. 27(3), p.44-49.

ANEXOS

Anexo I- Guião da Entrevista

INTRODUÇÃO AO FOCUS GROUP

PLANO

Introdução

1. Boas Vindas

Gostaríamos de agradecer a presença e a disponibilidade de todos para participarem neste estudo. Esperamos que se sintam confortáveis e que em conjunto consigamos criar um ambiente promotor da aprendizagem.

2. Apresentação das Investigadoras

O estudo é realizado por três investigadoras:

- A investigadora principal, Joana Albuquerque (Enfermeira Especialista em saúde Materna e Obstetrícia a exercer funções no serviço Nucleo de Partos do CMIN e estudante do Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da ESEP), que assumirei neste *focus group* o papel de moderadora;
- A Professora Doutora Regina Pires (Prof^a Adjunta na ESEP) que também assumirá o papel de moderadora;
- A Professora Doutora Margarida Reis Santos (Professora Coordenadora na ESEP), que assumirá no *focus group* o papel de observadora, fazendo anotações sobre a dinâmica e a interação do grupo.

3. Propor a apresentação dos Participantes no estudo

Gostaríamos que cada participante se apresentas, mencionando o serviço onde trabalha e anos de experiência profissional.

Legitimação do *focus group*

1. Apresentação do estudo e Explicitação dos objetivos e finalidade do estudo

Este estudo integra-se no Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem e tem como objetivos:

- Conhecer o modelo de integração em uso na organização/serviços;
- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre o seu processo de integração
- Analisar as perceções dos enfermeiros sobre a supervisão disponibilizada durante o processo de integração;
- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de integração dos enfermeiros;

- Analisar as percepções dos enfermeiros sobre a relação da sua integração na construção da sua identidade profissional;
- Indigar a opinião dos enfermeiros sobre o papel do supervisor clínico na construção da sua identidade profissional;
- Indigar a opinião dos enfermeiros sobre o perfil do supervisor clínico promotor da identidade profissional dos enfermeiros;
- Identificar os elementos centrais de um modelo de integração que os enfermeiros considerem promotor da sua identidade profissional.

2. Solicitação da colaboração do entrevistado (entrega e assinatura do Consentimento Informado)

Solicitamos a leitura cuidadosa do formulário de consentimento informado, esclarecendo qualquer dúvida que advenha da sua leitura e caso consintam a participação pedimos assinatura do mesmo.

3. Garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos

Será garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo não sendo identificado nenhum participante no relatório final produzido nem em nenhuma outra publicação que seja efetuada. No relatório final os participantes serão identificados por um código como (P1, P2, P3, ...) e não pelo nome, para manter a confidencialidade.

4. Explicitar o desenvolvimento da reunião

A reunião será orientada tendo por base o focus group que consiste numa entrevista de grupo semiestruturada, na qual o investigador irá introduzir as diferentes temáticas para debate em grupo.

5. Solicitar autorização de áudio-gravação do *focus group*

Solicito a autorização da gravação áudio do focus group.

6. Informar tempo estimado da entrevista: aproximadamente 2 horas

<p>Caracterização dos participantes</p>	<p>Entrega e preenchimento do questionário para obtenção de dados para a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes (Anexo 1)</p>
<p>Informação sobre as regras do <i>focus group</i></p>	<p>A participação no <i>focus group</i> necessita de algumas regras para que decorra de forma produtiva e eficaz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os participantes devem dar a sua opinião sobre os diferentes temas. • Não existe uma ordem específica de participação. • Não há respostas certas nem erradas. O que interessa são as opiniões e percepções de cada pessoa. • Não temos que concordar uns com os outros nem este trabalho pretende gerar consensos, apenas visa perceber as vossas opiniões e percepções. Cada um tem a sua opinião. Umas coincidem, outras não. • Peço que evitemos interromper-nos uns aos outros ou falar em simultâneo. Cada um terá oportunidade de expor a sua posição. Quando quiserem ter a palavra, devem evitar interromper o colega que está a falar e sinalizam que pretendem intervir.

- A participação será liderada pelas moderadoras que irão dando a palavra a todos os que solicitaram.
- Todos temos que respeitar a opinião do outro. Não são aceites ataques pessoais.
- A minha função aqui hoje não é dar opinião: o que queremos é a vossa opinião! Por isso não estranhem que eu não tome posição. A minha função aqui é moderar a vossa discussão, gerindo a participação de todos.
- Podem expressar livremente a vossa opinião, pois, como referi, os dados colhidos estão sujeitos a confidencialidade e só serão utilizados para este fim.
- Peço que os detalhes da discussão neste grupo, não sejam comentados após o final do grupo. O que se diz no grupo, fica no grupo. Peço que respeitem os outros elementos do grupo, mantendo a confidencialidade, não divulgando o que qualquer dos participantes disse na discussão ou a sua identidade. Relativamente às investigadoras, de acordo com o CI, nós comprometemo-nos a manter a confidencialidade, a não divulgar nada sobre a vossa participação no estudo, com qualquer outra pessoa além da equipa de investigação.
- As investigadoras não se podem responsabilizar pelo que for comentado fora do grupo baseado no que aqui ficou discutido, pelo que pedimos a todos os participantes que respeitam a confidencialidade.
- Podem a qualquer momento desistir de participar (esperemos que não!), contudo, para termos dados mais completos é fundamental a vossa participação até ao final.
- Está prevista uma duração aproximada de 2 horas, que tentaremos não ultrapassar.
- Se precisarem de se ausentar por momentos, peço que as ausências, a ocorrer, sejam discretas, mínimas e pelo menor tempo possível.
- Pedíamos o favor de desligarem/silenciarem os telemóveis.

Parte I - GUIÃO DO FOCUS GROUP

Tema: “Integração dos enfermeiros e construção da Identidade Profissional:

Contributos da Supervisão Clínica”

Blocos Temáticos	Objetivos	Questões orientadoras	Observações
I Modelo de integração em uso na organização/serviços	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o modelo de integração em uso na organização/serviços 	<ol style="list-style-type: none"> Recordem o vosso processo de integração. Podiam partilhar a forma como decorreu. Como descrevem o processo? Quais os materiais de apoio a que tiveram acesso? Em que medida o processo respondeu às vossas necessidades? Qual foi a duração do processo de integração? Como avaliam o tempo de Integração proporcionado? Quais os sentimentos que vivenciaram no decurso do processo de integração? 	<ul style="list-style-type: none"> O processo de integração obedeceu a algum plano formal Manual de Acolhimento, normas, protocolos, direitos e deveres, etc.

<p style="text-align: center;">II Percepções do Enfermeiro sobre a supervisão disponibilizada no processo de Integração</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar as percepções dos enfermeiros sobre a supervisão disponibilizada durante o processo de integração 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consideram que foi disponibilizada supervisão clínica durante o processo de integração? 2. Qual a vossa opinião sobre a supervisão clínica disponibilizada? 3. De que forma é que a supervisão clínica facilitou o desenvolvimento de competências profissionais? 4. Em que medida é que a supervisão clínica teve importância na qualidade dos cuidados que prestam? 5. Em que medida a supervisão clínica contribuiu para a construção da vossa identidade profissional? 	<ul style="list-style-type: none"> • Se não foi concedida supervisão, durante o processo de integração, consideram que esta teria sido importante? Porquê? • Poderia ter contribuído para o desenvolvimento das vossas competências profissionais? • Justifique.
---	--	---	---

<p>III Fatores facilitadores e dificultadores do processo de Integração</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de integração dos enfermeiros 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quais as experiências que consideram terem sido facilitadoras do processo de integração? 2. Quais as experiências que consideram terem sido dificultadoras do processo de integração? 	
<p>IV Percepções sobre a construção da identidade profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar as percepções dos enfermeiros sobre a relação da integração e a construção da identidade profissional 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De que modo é que a Integração contribuiu para a construção e definição da vossa identidade profissional? 2. De que modo é que a Integração contribuiu para o vosso desenvolvimento profissional? 3. De que forma a Integração contribuiu para a construção e/ou reconstrução do conhecimento científico? 4. E para a construção da autonomia profissional? 5. De que modo é que a Integração contribuiu para a construção da autoestima? 	

<p>V Papel do Supervisor Clínico na construção da sua identidade profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> Indigar a opinião dos enfermeiros sobre o papel do supervisor clínico na construção da sua identidade profissional 	<ol style="list-style-type: none"> Qual papel do supervisor clínico no processo de integração? Qual papel do supervisor clínico no desenvolvimento profissional? Qual o papel do supervisor clínico na construção da identidade profissional? 	
<p>VI Perfil do supervisor clínico promotor da identidade profissional dos enfermeiros</p>	<ul style="list-style-type: none"> Indigar a opinião dos enfermeiros sobre o perfil de supervisor clínico promotor da identidade profissional dos enfermeiros 	<ol style="list-style-type: none"> Quais as características que consideram que um supervisor clínico deve ter para contribuir para o desenvolvimento da identidade profissional dos enfermeiros que integra? 	
<p>V Delimitar um modelo de integração que os enfermeiros considerem promotor da sua identidade profissional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os elementos centrais de um modelo de integração que os enfermeiros considerem promotor da identidade profissional 	<ol style="list-style-type: none"> Quais os elementos que devem constar de um plano de integração? 	<ul style="list-style-type: none"> Duração Supervisão Documentação
<p>Finalização da Entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> Recolher informações complementares Agradecer participação 	<ul style="list-style-type: none"> Gostaria de acrescentar algum comentário ou algo mais ao que foi dito? Agradecer cordialmente a colaboração. 	<p>Esclarecimento de dúvidas</p>

Anexo II- Questionário Sociodemográfico

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DO ENTREVISTADO

1. Sexo

Masculino

Feminino

2. Idade _____ anos

3. Estado Civil

Solteiro

Casado/União de Facto

Divorciado

Viúvo

4. Habilitações Académicas e Profissionais (pode assinalar mais que uma opção)

Bacharelato em Enfermagem

Licenciatura em Enfermagem

Pós-Graduação. Qual? _____

Especialidade. Qual? _____

Mestrado. Qual? _____

Doutoramento. Qual? _____

5. Categoria Profissional

Enfermeiro Especialista

Enfermeiro

Enfermeiro Graduado

6. Serviço onde exerce funções _____

7. Tempo de exercício profissional: _____ anos _____ meses

8. Tempo de exercício profissional no atual serviço: _____anos _____ meses

9. Tipo de vínculo institucional

- Contrato de trabalho de funções públicas
- Contrato individual de trabalho
- Tempo indeterminado
- Termo incerto
- Outro. Qual? _____

10. Formação em Supervisão Clínica?

- Sim. Qual? _____
Onde? _____

11. Já alguma vez foi responsável pela integração de algum enfermeiro?

- Sim
- Não

Anexo III – Autorização Institucional para realização do Estudo

Parecer de CE - 2021.091(073-DEFI/076-CE)

Comissao de Etica da Saude Secretariado <secretariado.etica@chporto.min-saude.pt>

Sex, 30/04/2021 12:29

Para: joanaalb13@hotmail.com <joanaalb13@hotmail.com>

Cc: Dr. Nuno Melo Beirão <melobeirao.etica@gmail.com>; Paulina Aguiar <paulinaaguiar.farmacia@chporto.min-saude.pt>

Exma. Investigadora

A Comissão de Ética do CHUPorto/ICBAS informa V. Exa. que apreciou o Estudo de Investigação com o n.º **2021.091(073-DEFI/076-CE)**, intitulado “**Integração de Enfermeiros - Construção da identidade profissional: contributos da supervisão clínica**”, tendo emitido parecer favorável na Reunião Plenária de 07/04/2021

Mais se informa que o parecer seguiu para o Departamento de Ensino Formação e Investigação (DEFI).

Cumprimentos,

Teresa Pereira
Assistente Técnica

Secretariado Comissão de Ética CHUPorto/ICBAS

**CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO, E.P.E.
COMISSÃO DE ÉTICA CHUP/ICBAS**

Largo Prof. Abel Salazar
4099-001-PORTO
PORTUGAL
Tel. (+351)222077500
Ext. 1429

E-mail: secretariado.etica@chporto.min-saude.pt
Web: www.chporto.pt

Anexo IV- Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto 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

“Integração dos enfermeiros e construção da Identidade Profissional: Contributos da Supervisão Clínica”

Equipa de Investigação

- Joana de Sousa Albuquerque, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia; Serviço de Núcleo de Partos do Centro Hospitalar do Porto – CMIN – joanaalb13@hotmail.com.
- Regina Maria Ferreira Pires, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto – regina@esenf.pt
- Margarida Reis Santos, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto – mrs@esenf.pt

Instituições, Departamentos e Serviços Envolvidos

O estudo será realizado no Centro Materno Infantil do Norte, Departamento da Mulher e Neonatologia, do CHUP

Resumo do Estudo

O presente estudo pretende compreender o processo de integração dos enfermeiros, o tipo de supervisão disponibilizada, os factores facilitadores e dificultadores do processo de integração, as percepções dos enfermeiros sobre os seus processos de integração e os contributos do mesmo na construção da sua identidade profissional.

A recolha de dados será efetuada através da técnica de *focus group*, com recurso a um guião de entrevista semiestruturada.

Condições, Confidencialidade e Anonimato

Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de ética do CHUP. Solicita-se a sua participação numa entrevista através da técnica de focus group que terá a duração aproximada de 2 horas. Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder á gravação vídeo-áudio. Os dados recolhidos serão armazenados por um período de 2 anos. A participação neste estudo é voluntária e não haverá qualquer prejuízo, caso não queira ou desista de participar. É garantida a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

Agradeço a colaboração

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas e que considero suficientes.

Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista, tendo-me sido explicado em que consiste.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto. Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no estudo

Data

Assinatura

____/____/____

Nome do Investigador Responsável

Data

Assinatura

__/__/__

Anexo V- Informação ao Participante

Convite aos participantes

Prezado(a) senhor(a) enfermeiro(a), bom dia

Chamo-me Joana Albuquerque e sou estudante do Mestrado de Supervisão Clínica em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), e sob a orientação da Professora Doutora Regina Pires e da Professora Doutora Margarida Reis Santos estou a realizar o estudo intitulado "*Integração dos enfermeiros e construção da Identidade Profissional: Contributos da Supervisão Clínica*".

Gostaria de convidá-lo(a) para participar de uma entrevista de grupo, com outros colegas da instituição, com uma duração aproximada de duas horas em local e data ainda a combinar e de acordo com a disponibilidade de todos os participantes. De modo a assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos na entrevista é desejável proceder á gravação vídeo-áudio.

Os objetivos do estudo são:

- Conhecer o modelo de integração em uso na organização/serviços;
- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre o seu processo de integração
- Analisar as perceções dos enfermeiros sobre a supervisão disponibilizada durante o processo de integração;
- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de integração dos enfermeiros;
- Analisar as perceções dos enfermeiros sobre a relação da sua integração na construção da sua identidade profissional;
- Indigar a opinião dos enfermeiros sobre o papel do supervisor clínico na construção da sua identidade profissional;
- Indigar a opinião dos enfermeiros sobre o perfil do supervisor clínico promotor da identidade profissional dos enfermeiros;
- Identificar os elementos centrais de um modelo de integração que os enfermeiros considerem promotor da sua identidade profissional.

A sua participação é muito importante para perceber a relação do Processo de integração com a construção da Identidade Profissional do Enfermeiro bem como os contributos da Supervisão Clínica em todo este processo.

Peço que responda a este e-mail manifestando a sua opinião/aceitação sobre este convite.

Obrigada desde já.

Atenciosamente,

Enf^a Joana Albuquerque

Anexo VI- Categorização dos dados da Entrevista

Domínio	Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo/ Unidade de contexto
Vivência do processo de integração	Caos inicial	Insegurança	E1 “(...)se ao final dos cinco turnos o enfermeiro não se sente preparado para assumir os cuidados e não lhe é dada oportunidade de prolongar a integração e de se tornar mais autónomo, sim, isso vai ter de certeza impacto nos cuidados que são prestados e na segurança com que os prestamos e isso vai-se notar de certeza.”; E1 “Como tenho dito, é um impacto muito grande, e eu senti muita diferença a nível de segurança comparando com a integração que tinha tido em Inglaterra em que me sentia acompanhada e sentia que a qualquer momento podia abordar o assunto de não me sentir preparada para fazer isto ou aquilo, não me sentir à vontade com este procedimento, com estes cuidados (...)”; E1 “(...) a integração cá, foi uma integração muito breve e foi assumido que pronto já sabia tudo que não tinha mais a aprender que era só rever as coisas e passar à prática, não me senti tão segura como senti em Inglaterra sem dúvida.”; E6 “Confesso que no fim dessas duas semanas [integração] pela insegurança que eu tinha

		<p>por estar num serviço tão específico como o de obstetrícia, verbalizei tanto com a enfermeira que estava comigo, orientadora, como com a enfermeira chefe que não me sentia segura para assumir turnos e ainda por cima porque só tinha feito turnos diurnos não tinha feito turnos de noite que nós sabemos que são muito diferentes E3 “Sim, sim é verdade, é muita insegurança! Tudo aquilo que as colegas disseram do que realmente é realizado em Inglaterra por exemplo, acho que essa é uma realidade completamente à parte da nossa mesmo.”; E4 “Sim, na nossa confiança por exemplo, eu acho que foi passado para aí dois anos de trabalhar lá, que eu me senti segura, porque acho que não fui bem integrada não é?”; E3 “(...) será que somos nós que estamos a falhar? Naquele momento ficamos a pensar...será que somos nós?”;E2 “É aquela parte comunicacional, estamos a lidar com pais pela primeira vez, têm muitas dúvidas e se têm ali uma pessoa que não lhes transmite aquela confiança aquela segurança, porque essa próprio pessoa não se sente segura, é muito</p>
--	--	---

			complicado não é.”; E3 “(...) será que somos nós que estamos a falhar? Naquele momento ficamos a pensar...será que somos nós?”;
		Ansiedade	E2 “Sim como já referi o início foi mesmo muito complicado, eu não me sentia confortável por ir trabalhar, sentia mesmo muita ansiedade de saber que ia desempenhar aquelas funções sozinha (...)”
		Stress	E2 “(...) na altura houve uma alteração no serviço e eu acabei por estar a desempenhar funções num serviço de cirurgia, de ginecologia uma coisa assim específica e eu que não tinha praticamente experiência nenhuma, aquela altura foi geradora de muito stress para mim (...) sentia um stress enorme obviamente.”; E3 “(...) senti muito, e isso foi um fator de stress naquele momento (...) eu acho que o stress se deve muito a não termos as oportunidades de realizar determinados procedimentos.”; E4 “(...) realmente que teve que se “desenrascar” e sobre resiliência, mas primeiro nós não somos todos iguais e depois eu acho que nós não temos que ter este stress, isso não devia ser assim (...)”
		Demonstração	E4 “(...) vemos as colegas a fazer os procedimentos

PROCESSO DE INTEGRAÇÃO EM USO	Estratégias de supervisão disponibilizadas		enquanto as acompanhamos (...);E3 "(...) numa fase inicial há muita apresentação e exposição daquilo que é importante saber, das coisas que são importantes reter, as coisas que são importantes ser observadas (...);basicamente (...) primeiro é apresentar-nos, fazer connosco e depois cada vez mais se vai afastando (...)"
		Observação	E3 "Numa fase inicial deve mostrar-nos [enfº supervisor] como é a rotina, mas depois afasta-se cada vez mais até que seja só um observador"; E4 "Logo no primeiro serviço que tive que era um serviço de cirurgia, foi como a colega também referiu, tínhamos 2 semanas de formação e depois um mês de supranumerário [em observação] (...)"
		Reflexão sobre as práticas	E2 " (...) imaginemos que tínhamos ensinos de um banho para fazer, o supervisor deveria perguntar antes, olha diz-me o que é que vais dizer, explica-me como é que vais fazer os ensinos (...)e depois o que é que achas que podias ter feito melhor, o que achas que correu bem (...)"
		Formação contínua	E2 "Há um serviço no hospital, por exemplo, em que todos os dias falam sempre sobre qualquer tema específico do serviço e à sexta-feira fazem uma formação"; E6 "Estes momentos são bons para quem está a

			chegar ao serviço, para quem se está a integrar (...).”
		Feedback	E1 “Eu acho para mim o que eu senti e que foi essencial foi a crítica reflexiva, ter um momento, ter vários momentos em que me era feita uma avaliação mas não no sentido de uma avaliação formal, mas uma orientação sobre aquilo que eu poderia melhorar e refletir sobre aquilo que correu melhor ou pior e o que é que havia potencial para melhorar e uma reflexão em conjunto.”
		Orientação	E6 “(...) e a supervisão clínica, principalmente nessa terceira semana que eu tive, passou mesmo por uma supervisão de me deixar mais independente. Eu era, lá está, o elemento extra, mas nesse caso já foi mesmo aquela terceira semana um deixar-me independente só mesmo com a colega a orientar e a supervisionar de fora, não é?! E a tentar orientar-me, corrigir algumas coisas ou dar algumas indicações.”
		Apoio	E3 “(...) ela transmitiu-me muita confiança, muito conhecimento, estava sempre a questionar (...) isto também nos faz crescer, vamos aprendendo, adquirindo competências, vamos perder alguns receios, vamos ganhando

			<p>confiança em nós próprios, vamos percebendo o que é prioritário.”; E6 “(...) a supervisora clínica nessa (...) a orientar-me, corrigir algumas coisas ou dar algumas indicações, senti que foi fundamental para a prestação de cuidados”; E4 “ contribuiu bastante, é como um guia condutor, claro que com a experiência nós depois acabamos por definir a nossa técnica, o nosso trabalho, mas naquele momento acaba por ajudar um bocado e dá-nos conforto, ou seja, no início nós temos aquela experiência e seguimos aquele modelo, acaba por ser uma segurança!”</p>
	Contributos da SCE disponibilizada	Motivação	<p>E3 “Motivar!”; E1 “Reforço Positivo”; E4 “(...) se nós temos uma pessoa que tem um turno organizado, boa comunicação com os clientes, o procedimento técnico, como é que executa, como organiza o trabalho e o seu material, claro que nós depois nos sentimos motivadas para fazer igual, não é?!”; E5 “(...) foi fundamental para eu me sentir segura e não ter que passar por trabalhar sobre stresse, e senti motivação porque estava num serviço que me ajudava, que era disponível (...)”; E4 “A disponibilidade das pessoas para nos ajudar e lá está, a compreensão que nós estamos num processo</p>

			<p>inicial e que é normal não sabermos as coisas, acho que isso é muito importante, isso é o que nos vai dar a segurança para depois nós melhorarmos (...).”</p>
		Desenvolvimento profissional	<p>E2 “Eu acho que à medida que vamos fazendo é que vamos ganhando confiança. É com o tempo efetivamente (...); E5 “(...)os conhecimentos foram facilitadores do meu percurso profissional.”; E3 “(...) serviu para que eu me tornasse melhor (...) chegar a casa e ler, organizar, não ter receio de perguntar, (...)”; E2 “(...) teve um papel importante e apesar de ter sido um curto tempo sem aquela supervisão acho que não conseguiria desempenhar funções naquele serviço.”; E4 “(...) quem me integrou acaba por ser um pouco responsável pelo meu interesse pela aprendizagem, pelo meu percurso (...)”;</p>
	Fatores Facilitadores	Experiência profissional anterior	<p>E3 “Eu quando cheguei ao CMIN, já era profissional há bastante tempo, não tive nenhum problema com a parte técnica (...) a parte facilitadora foi muito a experiência profissional ajudou um bocadinho, naquela fase inicial.”; E4 “Para mim, como eu já tinha trabalhado num outro serviço de</p>

			<p>obstetrícia, se calhar, não preciso das três semanas!"; E3 "(...), foi o que me faz sentir à vontade (...); E3 "Facilitador no meu caso foi mesmo a minha experiência profissional (...)"E4 "(...) e a minha experiência profissional, acho que se eu não tivesse experiência profissional acho que teria sido mais difícil, era uma insegurança muito maior."</p>
		Formalidade do processo de supervisão	<p>E1 "Em Inglaterra havia um departamento de formação responsável pela integração de enfermeiros, pessoas que têm formação em supervisão clínica de enfermeiros e que são responsáveis por integrar os enfermeiros, são eles também que determinam que formações é que acham que são essenciais o enfermeiro ter desde o início, (...) as tais guidelines e aquilo que é essencial e base para o enfermeiro começar a trabalhar e exercer funções"; E1 "Para mim, o fator facilitador foi sem dúvida o facto de ter um processo formal e um documento formal pelo qual eu me podia guiar durante o processo de integração (...)"</p>
		Formação teórica	<p>E1 "Nas primeiras duas semanas fazíamos manhã, tínhamos</p>

			<p>sessões teóricas sobre alguns domínios técnicos e bases para o serviço onde íamos trabalhar”; E4 “(...) tive a mesma experiência, 2 semanas em que nós tivemos sessões teóricas, algumas sobre processos técnicos de enfermagem, outros mesmo sobre o funcionamento da instituição sobre a instituição. Ou seja, conhecer as normas da instituição, quais são os valores, medidas de segurança por exemplo a formação do risco, do fogo da catástrofe nós temos que saber isso, não podemos ir trabalhar sem saber identificar no hospital” (Inglaterra);</p>
		Disponibilidade da equipa	<p>E2 “(...) Eu ia perguntando às colegas, olha como é que se faz isto, olha como é que se faz aquilo (...) sempre tive a disponibilidade de toda a equipa sempre que não me sentia confiante tinha sempre uma colega disponível para me ajudar.”; E5 “(...) ter uma equipa e acho que isso foi o que facilitou, ter uma equipa sempre disponível para ajudar sempre(...) acho que o processo de integração foi facilitador e também pela equipa em si, por estar sempre disponível, ter aquela segurança (...)”; E4 “(...) como facilitador, a</p>

			<p>equipa, apesar de não ter um elemento, a equipa como referência é muito flexível, disponível, com muita experiência na área (...)"</p>
		Características do supervisor	<p>E6 "Portanto, quando eu discuti essa parte de não me sentir autónoma para assumir, ela já tinha tido esse tipo de conversa informal comigo, que realmente precisava de mais tempo de integração para poder ficar autónoma na prestação de cuidados. Só o ela ter percebido isso mostra como ela estava realmente a fazer a supervisão."; E5 "(...) que tendo aquelas determinadas características: disponibilidade, conhecimento, dar-nos autonomia, mesmo estando a ser supervisionado, acaba por nos facilitar percurso quando temos que prestar os cuidados autonomamente e temos a responsabilidade sobre os nossos clientes.";</p>
		Experiência do supervisor	<p>E1"(...) no meu caso estava alocada a dois enfermeiros que estavam a supervisionar a minha integração. (...) Era acompanhada por duas colegas já com alguma experiência no serviço. (...)—No serviço não tínhamos naquele momento ninguém com</p>

		<p>formação específica em supervisão clínica (...) mas só podia supervisionar um colega quem é mentor [experiência].”; E6 “ (...) era uma colega mais velha, especialista, mas também já com alguns anos na casa mesmo na instituição e pelo que eu percebia, pelo que ela me dizia e pelo que a chefe dizia, já tinha estado nesta situação. Já tinha feito esse tipo de supervisão, tanto com alunos como com outros colegas em integração. Por isso, já não era a primeira colega que ela estava a integrar. Eu senti isso, que ela estava muito à vontade. E6 “Houve supervisão clínica, como algumas colegas já referiram, houve o cuidado de ficar atribuída a uma especialista E3 “Acabamos por ter muitas realidades, se for uma pessoa com muita experiência vai-nos dizer –“Isto pode ser feito assim, mas também dá para fazer assim...” - ou seja, ficamos logo com uma abrangência muito maior. ... “; E6 “Por isso, acho que dá-nos confiança sabermos que aquela pessoa já supervisionou, que já tem outros conhecimentos e, lá está, desenvolve um</p>
--	--	--

			<p>bocadinho destas competências todas que nós estamos a falar aqui. (...) A parte facilitadora sem dúvida que foi os supervisores. Tive a sorte, acho eu, de ter em todas as integrações supervisores que tinham estas características que nós temos falado, de estarem disponíveis e, pronto, terem muita experiência.”</p>
		<p>Metodologias de Supervisão semelhantes</p>	<p>E1 “Humm acho que sim, eram pessoas que utilizavam metodologias também muito semelhantes e isso ajudou. Eu tive feedback de outras colegas que tinham perceção que com pessoas diferentes que havia ali às vezes alguma confusão. Eu não senti isso, senti que correu bem.”; E4 “(...) depois passei para um serviço de recobro, mais específico, em que voltei a fazer um mês como supranumerário sempre com a mesma equipa, não com o mesmo profissional, não com o mesmo enfermeiro, porque não era possível. Mas dentro da mesma equipa ia rodando entre um e outro enfermeiro e a metodologia acabava por ser semelhante, e não me fez confusão.”</p>

		<p>Adaptação do tempo de integração às necessidades do enfermeiro</p>	<p>E6 “Foi discutido novamente, houve uma reunião entre mim e a enfermeira orientadora que estava comigo e a enfermeira chefe, se eu já me sentia integrada e preparada para começar a assumir doentes, sendo que nesse mês, ou seja, mais uma semana praticamente que era o que faltava para o fim do mês eu fiz mais turnos diurnos no sentido de estar mais acompanhada, mais em equipa e, portanto, foi um cuidado extra. Mas houve essa reunião para discutir se achava que estava apta e se me sentia confiante para assumir os doentes.”;</p> <p>E1 “Sim achei, o fator mais positivo foi terem dado a oportunidade de no final daquele tempo base de prolongar se achássemos que ainda não estávamos prontos” (Inglaterra) Sem dúvida que eu senti que foi essencial essa semana extra ao que é considerado integração pela instituição. Naquela semana senti-me muito mais independente em prestar os cuidados, muito mais autónoma, coisa que eu não tinha sentido antes”; E5 “(...) no final das 2 semanas fizemos uma avaliação e depois, por concordância, e como já</p>
--	--	---	---

			<p>tinha falado com a minha enfermeira supervisora, achámos que era mais benéfico realmente ficar mais uma semana em integração, para haver uma maior consolidação e maior segurança na prestação de cuidados, porque depois, sendo o primeiro trabalho (...); E6 “Haver essa abertura e essa supervisão mesmo..., a própria supervisora, assim como eu, tinha a mesma noção, o mesmo entendimento de que eu ainda precisava de mais tempo. Houve essa abertura não é?! Não foi aquele tipo de supervisão que se calhar muitas colegas tiveram que é - “Ok, vai estar comigo estas 2 semanas, ao fim das 2 semanas...””.</p>
		<p>Elaboração de Portfólio de competências</p>	<p>E1“(...) tinha acesso, durante este período, a uma espécie do portfólio em que eram assinadas pelos supervisores as competências que eu ia atingindo ao longo da integração. E este portfólio acompanhou-me ao longo de todo o tempo que eu trabalhei no serviço. Trabalhei 2 anos naquele serviço.”; E4 “Depois, uma coisa interessante é o livro que a colega falou, com as nossas competências. É algo a nível das competências técnicas</p>

			que nos acompanha para outros hospitais, o que é como se fosse parte do nosso processo. Eu tive a experiência de fazer integrações em diferentes hospitais, em três diferentes, e levei sempre esse livro de competências comigo. Sendo que quando chegava a um hospital aquilo era tipo um ID em que realmente já não precisava de ser reavaliada, e já poderia usar essas competências depois de uma semana com um profissional a acompanhar-me e realmente validar que as tinha.” (Inglaterra);
		Domínio da Língua	E1 “Na altura tinha facilidade na língua inglesa, portanto também acho que isso facilitou a integração”;
		Material de Apoio	E6 “(...) e depois é o conhecimento de protocolos e procedimentos, que nós temos nos serviços e que nos é disponibilizado para ler e rever”
	Fatores Dificultadores	Ausência de metodologia de integração	E1 “Não considero que houve propriamente metodologia ou estrutura na integração que foi feita (...) também senti falta disso aqui em Portugal, não existe de facto um departamento responsável por integrar enfermeiros e pela educação e formação contínua.”; 4 “(...) e eu vou fazer uma

		<p>comparação por exemplo com a minha integração em Portugal, eu acho que comecei a trabalhar sem ter essas informações e eu acho que isso não faz sentido, (...) a obstetrícia é uma área específica e a nível de formação para integração no serviço não recebi a informação que deveria ter recebido. Forneceram-nos os protocolos do serviço, mas acho que os protocolos não são material suficiente para uma integração. Por exemplo, há os cuidados de higiene ao recém-nascido, os cuidados à puérpera, que acho que faria sentido inserir.”; E2 “Não conhecia o CMIN. Uma coisa que eu, por exemplo, senti falta, foi que me apresentassem a própria instituição em si, onde fica o núcleo de partos, onde fica o bloco,... São coisas que fui aprendendo depois consoante a necessidade mas nunca houve aquela integração mesmo da instituição (...) depois, quando iniciei funções mesmo já como um membro da equipa, comecei logo até numa noite, e nunca tinha feito integração.”; E2 “(...) a realidade daquele serviço é muito específica e, tal como as colegas já foram</p>
--	--	---

		<p>referindo, as colegas que nos integram não têm nenhuma delas um guião, não têm um protocolo (...); E2 “Como não há um programa estruturado de integração, com objetivos e competências a atingir bem definidos. Imaginemos por exemplo, que eu entrava ao mesmo tempo que a minha colega provavelmente íamos adquirido conhecimentos diferentes naquele dia para o mesmo procedimento por exemplo.”; E1 “Uma coisa importante tem a ver com a oportunidade de aquisição de competências que ela falou que, ok, ficamos atribuídas a uma supervisora e fazemos o turno com aquela supervisora e aqui a questão é – «Então se naquele período de uma semana não tivemos oportunidade de fazer certos procedimentos, como administrar uma vacina, colocar uma transfusão sanguínea, dar um banho ao bebé, hipoteticamente, então durante o tempo de integração aquelas competências não são adquiridas? E é considerado expectável esperar daquele</p>
--	--	--

			<p>enfermeiro que saiba fazer aquilo a partir do processo de integração quando nunca o fez durante este processo?"; E2 "(...) e não há um guião formal que oriente essa formação, essa integração."; E3 "(...) não haver umas linhas orientadoras, não haver umas diretrizes a seguir, basicamente acho dificultador. Foi mesmo isso, não houve um processo formal de integração."; E4 " Posso referir o último processo de integração que tive, então mais uma vez, como as colegas referiram como dificultador, a falta organização, a falta de metodologia (...)"</p>
		Inexperiência na área	<p>E3 "(...) e eu que já tinha experiência profissional mas numa outra área, quando cheguei lá, aquilo era completamente diferente para mim pois eu não conhecia a casa, depois não conhecia o Sisqual, por exemplo, nunca tinha trabalhado com aquilo (...), o que se tornou inibidor"; E2 " No meu caso considero fatores inibidores a minha falta de experiência (...)"</p>
		Carga emocional	<p>E3 "(...) mas senti muito na parte emocional (...) Eu acho que o principal também é a carga emocional e isso faz uma</p>

			diferença enorme (...) aquele primeiro impacto emocional, nós sentimo-nos incapazes... Ficamos a pensar que não vamos conseguir, o que nos faz se calhar vacilar mais um bocadinho.”; E3 “(...) acho que a parte não facilitadora foi geral a todas, foi a parte emocional. Acho que foi quase tudo nesse sentido (...)”
		Inexistência de supervisor	E1 “Nesses cinco turnos estive com colegas diferentes em cada turno.”; E4 “A minha integração foi diferente! Eu tive duas semanas como supranumerária e só fazia manhãs, mas nós rodávamos sempre por enfermeiros, ou seja, eu não tinha uma mentora atribuída, nós íamos conforme a disponibilidade. Havia preferência por nos colocarem com uma enfermeira especialistas, se fosse possível.”; E1 “(...) não tinha uma pessoa de referência, foi muito curto, cinco turnos com pessoas diferentes, metodologias diferentes, não tinha aquela pessoa de referência (...)”; E2 “Não tive efetivamente uma supervisão, porque as colegas estavam a fazer o turno delas e eu estava lá a ver, a observar o que elas faziam (...)”; E4 “(...) e falta de um elemento de

			referência na integração [supervisor] (...)”
		Inexistência de Supervisão	E1 “(...) eu considero que não houve supervisão clínica, isso para mim foi dificultador (...); E3 “No meu caso basicamente, dificultador foi não haver supervisão (...)”
		Diferentes metodologias de supervisão	E1 “Para mim acho que foi um pouco inibidor porque cinco pessoas diferentes acho que já são metodologias a mais (...).”; E4 “(...) bom, mas acho que o facto de serem muitas pessoas diferentes causou algum transtorno porque, lá está, é uma área específica e às vezes cada pessoa tem uma forma diferente de intervir. (...)na integração que tive em Portugal, sinto que temos enfermeiros diferentes com metodologias diferentes e eu vou absorver metodologias diferentes (...) acho que pode ser confuso (...)”; E3 “Quando cheguei fiquei com três colegas diferentes, também acho que não é nada benéfico (...)”; E4 “ Múltiplos modelos de trabalho, múltiplas metodologias de trabalho!”;
		Incompreensão da equipa	E3 “Eu acho que a supervisão é super descurada, em Portugal. O que se vê é que o enfermeiro tem de chegar e tem de fazer e não pode dar muito

		<p>trabalho! E se dá muito trabalho já está a ser um mau elemento! E isso é péssimo! Porque as pessoas têm <i>timings</i> diferentes (...); E6 “(...) verbalizei mesmo que não me sentia segura para assumir [cuidados], e senti mesmo que não foi bem aceite pela enfermeira chefe nem pela equipa. Porque eu era um elemento novo, em todos os sentidos, era recém-licenciada e nova e senti que as colegas e a chefe achavam que ao fim das duas semanas, era uma normalidade na instituição ser assumida como elemento, e eu não quis! Tive que o assumir, o que não foi bem aceite e, nesse caso, aí a enfermeira chefe acabou por aceitar e fiz mais uma semana de integração. (...)”; E3 “(...) basicamente, viraram-se para mim a certa altura e disseram-me – “Se vais assim vais longe...! Tens é que te mexer!”; E6 “(...) mas eu tenho noção de que a própria equipa, apesar de considerarmos todas que deve haver tempo de integração, que cada um tem o seu tempo de integração no serviço, a verdade é que quando nós excedemos aquele período que nos foi imposto no início, já ouvimos comentários da própria equipa.”; E6</p>
--	--	---

			“(…)ao fim de uma semana eu já tinha colegas a dizer que eu não precisava dos 15 dias porque como já conhecia a instituição (…) não tinha necessidade de 15 dias. Porque é que eu estava os 15 dias, se já podia assumir doentes (…)”.
		Duração Insuficiente da integração	E3 “E nós tivemos uma experiência na nossa equipa com uma colega que veio muito inapta, que não teve quase integração ou integração correta, com o tempo que ela precisava e acabou por desistir, ou seja, se calhar temos ali um processo de insucesso.”; E6 “ eu falo de todas as integrações que tive, das três, sem dúvida que o tempo para mim foi o mais dificultador (...)”
		Não valorização do Supervisado	E4 “Não, nós entramos como mais um, nós não acrescentamos nada. Por isso é que não há uma integração valorizada, não é? Porque nós somos mais um, ou seja, a pessoa que vem é mais uma que vai fazer como os outros fazem, não tem identidade.”; E3 “Não consideram se essa pessoa vem apta ou ficou apta, ou não ficou bem apta...”
	Planificação e Organização do processo de integração em uso	Apresentação da instituição/serviço insuficiente	E2 “Eu não fazia ideia de onde ficava a neonatologia até ao momento em que me perguntaram, não é?! A primeira vez que eu fui buscar uma Senhora ao

		<p>bloco operatório, disseram-me -"Olha fica no menos um" - e eu, - "Ah! Ok, está bem!"(...); E2 "(...) a primeira vez que eu entrei, entrei pela parte velha, pela parte antiga e depois quando já entrei sozinha já não sabia onde estava, não fazia ideia e acho que faz parte mesmo para nós nos sentirmos mais familiarizados com a instituição e nos conseguirmos orientar, como por exemplo numa situação de emergência, por exemplo"; E3 "(...) não me foi apresentada a instituição (...) vai subir ao piso 4, percebi que era obstetrícia porque vi no elevador e sabia que ia trabalhar ali, o resto fui descobrindo (...); E1 "(...) da parte da tarde íamos visitar o serviço, mostravam-nos o serviço, as rotinas mas no sentido apenas de ficar a conhecer, não estávamos ainda a trabalhar";</p>	
		<p>Duração Insuficiente</p>	<p>E1 "(...) a minha integração foi muito curta, foram cinco dias, cinco turnos de integração"; E2 "(...) acho que devia ter sido mais tempo efetivamente (...); E3 "Sim acho que no meu caso, a minha integração foi numa altura atípica, de muitas necessidades de recursos, em que a nossa</p>

			<p>intervenção foi chegar fazer e cumprir (...) eu tive 5 dias de integração”; E6 “(...) posso dizer que um mês depois (...) , fui colocada num outro serviço (...) em que não tive integração, ou seja, tive 15 dias e mesmo assim não tive integração naquele serviço específico e fui colocada lá.”; E2 “A questão do tempo, acho que é pouco tempo (...)”; E3 “(...) foi o tempo (...)”</p>
		<p>Ausência de objetivos específicos por serviço</p>	<p>E6 “Posso dizer também que nos três serviços por onde passei os objetivos foram praticamente os mesmos (...) são objetivos gerais que eu tanto tive no serviço de obstetrícia como tive no serviço de ginecologia. Não há um documento com objetivos específicos do serviço, o serviço de obstetrícia não tem nada a ver com o serviço de ginecologia nem os utentes são os mesmos e não há esse cuidado no documento.”; E4 “(...) não está padronizado, não tem especificado os objetivos específicos do serviço.”;</p>
		<p>Ausência de análise dos objetivos da integração</p>	<p>E2 “Posso acrescentar que não houve essa discussão dos objetivos inicialmente.”; E6 “Não houve essa discussão inicial mas passado algum tempo depois de</p>

			<p>já estar exercer funções sozinha a enfermeira chefe mostrou-me uma folha preenchida e disse que tinha perguntado às colegas, elas acham que tu te integraste bem no serviço, acho que a nível de competências técnicas tens que melhorar, mas não me disse em que tenho de melhorar, eu nunca tinha visto aquela folha, foi preenchida mas eu nunca a tinha visto, não tive a oportunidade de discutir com as próprias colegas que me integraram!"; E1 "Eu não posso ser avaliada por um documento do qual não tinha conhecimento, no qual constam objetivos que nunca me foram apresentados!"</p>
		<p>Monitorização deficiente do processo</p>	<p>E6 "A meio dessas duas semanas tive uma reunião, uma conversa informal só com a minha orientadora [, não envolveu a enfermeira chefe. E tive no fim dessas duas semanas em que estive acompanhada por aquela enfermeira, a suposta reunião final que seria para me integrar já na equipa sem ser supranumerária. Para entrar mesmo como elemento da equipa"; E6 "Mas tem sim, para além desses objetivos, depois tem uma parte em que nós fazemos a nossa auto avaliação da integração,</p>

			em que o enfermeiro orientador escreve também o que acha da supervisão que ele fez e se acha ou não que estamos integrados. Mas é uma coisa que varia muito e que depende muito de nós. Era o que eu dizia, eu tive que verbalizar que não me sentia integrada ao fim daquele tempo.”
		Experiência de ensino na instituição considerada para a integração	E1 “Aqui em Portugal foi no serviço onde estou a trabalhar atualmente, eu tinha feito há cerca de um ano (...) a minha especialidade nesse serviço portanto no fundo já tinha algum conhecimento de rotinas protocolo como é que se desenvolvia trabalho lá. Como eu já tinha estado lá na especialidade foi um bocadinho assumido que a minha integração seria muito rápida, portanto era só mesmo rever algumas coisas”; E4 “Relativamente há minha integração no serviço que estou agora, eu tinha estado lá em 2013 a fazer um estágio da licenciatura e entretanto comecei lá como enfermeira em 2016, já tinha algumas noções das rotinas do serviço então não achei que a integração tivesse sido difícil para mim”; E4 “É assim, eu não senti dificuldades na integração porque já

			tinha experiência em estágios (...);
ELEMENTOS CENTRAIS DE UM PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO PROMOTOR DA IDENTIDADE PROFISSIONAL	Definição de guidelines nacionais de integração pela Ordem dos Enfermeiros		E4 “Sim eu penso que seria muito benéfico se houvesse essa possibilidade de ser algo a nível nacional e comum aos diferentes hospitais, do SNS, era uma mais-valia (...); E1 “(...) e quem o poderia fazer aqui em Portugal a nossa Ordem dos Enfermeiros, acho que teria aqui um papel muito importante e essencial.”;
	Definição de protocolos de integração a nível organizacional		E1 “(...) no processo de integração em Inglaterra, em que tínhamos um portfólio, tínhamos os objetivos que eram considerados base para trabalhar naquele serviço, e durante aquele tempo o enfermeiro devia fazer pelo menos umas X vezes aquela intervenção/atividade para ser considerado apto e autónomo na sua prática e isso não há cá.”; E3 “(...) que haja um dossier, um protocolo em que tenha basicamente tudo aquilo que elas já disseram, pessoas direcionadas, pessoas que gostam, pessoas que vão estar que são sempre aquelas dois ou três pessoas naquela equipa que vão receber as pessoas novas, ter uma escala direitinha do que é que é preciso uma pessoa atingir (...); E2 “ Sem

			<p>dúvida, e saber que tivemos todas a mesma oportunidade de aprendizagem, de integração, acho que isso é fundamental.”; E3 “Sim, sim, é fundamental ter as mesmas oportunidades de aprendizagem e integração, e passarmos por fazer certos procedimentos (...)”; E3 “Aquele enfermeiro que já teve a oportunidade de fazer 1 ou 2 vezes determinado procedimento, ok aquilo já está. Agora é preciso passar a outras competências.”; E1 “(...) linhas orientadoras mais específicas, depois a base ao nível de protocolos da instituição, por exemplo aquelas formações básicas de segurança e qualidade, incêndios, prevenção e atuação em caso de incêndios, SBV e SBV Neonatal, isto é algo mais específico da nossa instituição, mas sim primeiro geral e depois então a parte mais específica do serviço.”; E4 “sim porque estas formações deviam ser pelo menos no início, nunca passado o período de integração.”;</p>
	Disponibilização de material de Apoio		<p>E3 “Sim, sim acho que é fundamental disponibilizar [material de apoio], até porque criava-se uma</p>

			<p>identidade, ou seja, toda a equipa ia trabalhar da mesma forma. Haveria uma uniformidade de toda equipa e acho que isso tudo é muito mais benéfico, do que às vezes sentirmos que todas fazemos as coisas diferentes!"; E3 "Sim, e mesmo escrito, ter uma rotina de um banho de um Recém-nascido ou de ver ou fazer uma colheita de um rastreio séptico...";</p>
	Supervisor como elemento supranumerário		<p>E3 "Nós até podemos querer ajudar, mas às vezes estamos a fazer o nosso trabalho e é super difícil conseguir orientar a nossa parte e depois ainda ir ajudar. Eu acho que deviam ser pessoas supranumerárias [supervisor] (...) devia haver dois elementos ou três que (...) que tivessem condições para isso (...)que ficassem só para aquilo, acho que fazia completamente a diferença (...); E2 "E o colega que está entrar [enfermeiro em integração] também ser um extra na equipa e por exemplo temos uma colega que vai fazer uma transfusão de sangue, nós dizemos olha deixa estar que eu estou com a colega em integração e vamos nós fazer a transfusão."</p>
	Flexibilidade do tempo de integração		<p>E3 "(...) e não haver um prazo rígido, não estou a dizer que vai ser meio</p>

		<p>ano, mas não haver um prazo rígido, isto é, tens dois semanas e se não cumprires já estás a falhar entre aspas. Isso existe, todos nós somos diferentes, todos nós temos tempos diferentes.”; E3 “Sim é isso, haver flexibilidade das partes, eu entendo, mas quando nos dizem que vais ter 2 semanas de integração, uma pessoa fica logo a pensar: ai meu Deus já vai chegar ao fim daqui a umas semanas; está estabelecido que são 2 semanas mas ao fim destas 2 semanas haver um momento de reflexão.”; E6“Sim acho que basta isso, em vez de dizerem tens 2 semanas de integração, não! Deveriam sim dizer que ao fim desse tempo vamos reunir para saber se estás preparado/integrado, porque se ao fim das 2 semanas dizes que não estás és criticada, mas se não dizes e até vais e fazes, também já estás a assumir cuidados.”</p>
	<p>Envolvimento do enfermeiro nos processos de decisão da sua integração</p>	<p>E1“Nessa reunião foi discutido o que eu já tinha atingido de objetivos, aquilo que me propunha ainda atingir e se achava que a partir dali podia começar a assumir doentes e terminar o processo de integração. Eles davam</p>

			hipótese de se não nos sentíssemos ainda confortáveis de prolongar a integração mais um bocadinho (Inglaterra) ”
	Ter em conta a experiência e motivações do enfermeiro em integração		E4 “Depois também estive num outro serviço da mesma área e é interessante eles considerarem ok como já tinha estado numa área semelhante só precisava de 2 semanas de integração com supranumerário” (Inglaterra); E1“(…) é penso que pouparia bastantes recursos e tempo de integração de enfermeiros quando são transferidos ou por vontade própria ou não para serviço semelhantes (...)”; E4 “Mas eu acho que isso começa por se fazer na fase de recrutamento, o departamento de integração se calhar devia estar ligado ao departamento de seleção e logo na entrevista os enfermeiros contratados serem dirigidos para a sua área de interesse e para a área que têm experiencia.”; E3 “Acho que saber qual é a experiência da pessoa, questionar qual é que achas que seria a área que estarias mais apta, é muito importante (...)”; E2 “Dou o meu exemplo, eu tinha experiência em

			<p>cuidados continuados, estava a tirar a especialidade em saúde materna e mandaram-me para a urgência.”; E3 “A sensação que ficamos é que os profissionais de saúde são vistos como máquinas, são colocados nos serviços onde há mais necessidades e não é tida em conta a experiência dos profissionais. Acho que se fosse era mais facilitador do processo de integração.”; E4 “A valorização também, a nossa valorização pessoal como elemento para a equipa, ou seja, nós acrescentamos, é importante a nossa formação, nós somos importantes para a organização”</p>
	Facilitar o conhecimento da Instituição		<p>E2 “Neste caso específico o CMIN acaba por ter às vezes um circuito. As utentes entram para ter o bebé no núcleo de partos, depois sobem para o Puerpério, e acho importante para além de conhecer o serviço, de estarmos mais familiarizadas ou até porque as senhoras questionam olha onde é que fica a consulta, onde é que fica a neonatologia (...)”;E1 “Conhecer a instituição em primeiro lugar, os valores, os espaços físicos serem apresentados e depois a</p>

		apresentação do serviço específico (...)”
	Nomeação de supervisores	E1 “(...) acho que é essencial haver nas equipas alguém que esteja direcionado para a supervisão clínica”; E3 “Haver um enfermeiro definido para orientar a integração, com formação específica, não necessariamente com pós-graduação ou mestrado em SC, mas a que esteja direcionado para, eu acho que era importante”
	Normalização das metodologias de supervisão	E1 “Acho que no máximo dois supervisores, acho que acima disso já começa a ser um muita confusão de metodologias, muitas opiniões divergentes e pode tornar-se confuso.”; E4 “Ou então haver uma metodologia igual para todos os enfermeiros que estão a integrar, ou seja se eu mudar de enfermeiro acho que não vai haver problema (...) nós queremos quando estamos a ser integrados nós queremos é adquirir o máximo de competências para depois aí sim integrarmos a equipa.”; E4 “O que estava a dizer é por exemplo, quanto hoje nós somos integrados no serviço cada enfermeiro ensina, a forma de trabalho dele, certo? Que pode ser

			<p>diferente porque cada um tem uma forma diferente. Se houvesse uma unificação das orientações nesse sentido se calhar o ensino por duas pessoas diferentes ia ser mais semelhante.”; (...) um simples procedimento de dar um banho um bebé cada enfermeiro vai ensinar-me de uma forma e não está errado, pronto claro que nós sabemos que há formas mais corretas mas se calhar se todos fizessem da mesma forma quando eu fosse ser integrada por duas pessoas diferentes não iria sentir essa diferença.”; E2 “(...) a as colegas deviam ter uma formação para uniformizar (...)”</p>
Enfermeiro Supervisor	Perfil do Supervisor	Expertise	<p>E6 “Sem dúvida, sem dúvida. É a maneira como elas nos abordam e como tentam nos integrar no serviço (...)sei que foi pela experiência que teve, não porque tinha uma pós-graduação ou formação em Supervisão Clínica, é a experiência que ela foi adquirindo ao longo dos anos a fazer esta supervisão (...).”; E4 “Eu acho que se a enf. que vai integrar-te é uma pessoa que tem formação, ela vai estabelecer connosco um plano individual(...) se calhar em três semanas és capaz de</p>

			<p>atingir as competências mas vamos vendo, porque cada pessoa é diferente.”</p> <p>E1 “Na prática ter uma metodologia organizada e saber à priori que objetivos é que aquele enf. deve atingir para eu considerar que a integração está concluída e que o processo teve sucesso.”;</p>
		<p>Competências humanas e relacionais</p>	<p>E5 “Saber comunicar, está pronta a ajudar, transmitir o máximo de confiança e de conhecimentos, ser paciente. Também acho que se conseguir ter uma ligação emocional é muito facilitador (...) Empático.”; E3 “Era essa parte emocional que eu estava sempre a falar (...)”; E4 “E saber criar empatia, ser assertivo mas com empatia.”; E3 “(...) e a parte humana (...)”;</p> <p>E5 “Sim, e também o supervisor ser flexível, porque para além de sermos profissionais, também temos a componente pessoal. E se soubermos adaptar e também conseguir adaptar-se à pessoa, também ajuda a este processo ser facilitador (...)”; E5 “(...) não é porque não nos identificamos com a pessoa que temos que prejudicá-la, temos é que tentar ajudar–</p>

			<p>(...)“Funcionas assim, então vou tentar ajudar desta maneira.”; E5 “Sim, e também o supervisor ser flexível, porque para além de sermos profissionais também temos a componente pessoal, e se soubermos adaptar e também conseguir se adaptar à pessoa, também ajuda a este processo ser facilitador (...)”; E5 “(...) porque não é porque não nos identificamos com a pessoa que temos que prejudicá-lo, temos é que tentar ajudar, e sabermos que se a pessoa funciona daquela maneira, temos que se calhar adaptarmo-nos e ok, funcionas assim então vou tentar ajudar desta maneira, mas pronto, tem que fazer uma adaptação mutua, temos de ter esse papel humilde...”;</p>
		<p>Competências pedagógicas</p>	<p>E2 “(...) e ter conhecimentos sobre os processos de aprendizagem(...).”; E1 “E saber também individualizar a metodologia que vai utilizar com aquela enf (...)”;E3 “(...) para mim é muito importante a parte da pedagogia, saber ensinar Saber falar, motivar a equipa para ajudar também aquela enf. (...)”</p>

		<p>Promotor do pensamento crítico</p>	<p>E2 " Uma pessoa que coloque questões..."; E3 " Uma pessoa crítica também, isso é essencial! Muitas vezes falhamos muito nisso, porque queremos muito ser bons, mas temos também de saber distanciar um bocadinho e saber dizer – "Olha, se calhar, não estás a ir pelo caminho correto (...) isso também é importante! E muitas vezes é uma característica que é difícil de ter porque temos muito medo de magoar, mas acho que ser crítico de forma positiva e construtiva é muito importante! É uma característica que também é importante."; E4 "Ser um motor de reflexão (...);"</p>
		<p>Formação em SC</p>	<p>E1 "Eu acho essencial ter formação em supervisão clínica para supervisionar outro colega, outro enfermeiro (...); E1 "(...) o supervisor tem de ter formação! Seria uma mais-valia para dar mais segurança ao próprio supervisor na atividade que está a desenvolver."; E2 "Acho que as colegas precisavam efetivamente de uma formação mais precisa, não necessariamente de ter pós-graduação, mas, pelo menos, formação em serviço para estar mais uniformizado (...);"</p>

			<p>E4 “E também têm de ter um suporte, ou seja, o serviço, ou a Ordem, como entidade, têm que dar um suporte para elas conseguirem desenvolver a supervisão com formação.”; E3 “Eu acho que deveria haver um departamento de supervisão clínica, com enf formadas (...) ”; E1 “Eu acho que a formação em SC deveria ser algo disponível a qualquer enfermeiro que o desejasse, e de forma gratuita. Em Inglaterra é assim por exemplo, enquanto em Portugal implica um custo acrescido.”;</p>
		Prática baseada na evidência	<p>E3 “Isso é super importante, alguém que tenha isso muito presente, que transmita também agora essa preocupação [atualização científica] (...)”; E4 “Quem está integrar o enfermeiro tem que ser uma pessoa com bases na evidência científica, atualizado. Porque o enfermeiro a chegar ao serviço pode contrapor não é?!”; E3 “Sim, sim, é um dos requisitos a ter, alguém que tenha interesse, que procure estar atualizada.”; E2 “Ser uma pessoa que se mantenha em constante formação, sempre com a informação mais atualizadas (...)”; E6 “ sim,</p>

			<p>sim, se nós tivermos uma relação com o supervisor em que temos conhecimento que o supervisor tem esse conhecimento de prática baseada na evidência mais recente e que até muitas vezes partilha conosco, nós absorvemos um bocadinho (...)"</p>
		<p>Motivação para o desempenho do papel</p>	<p>E3 "(...) acho que tem que ser pessoas que gostem. Influencia muito (...) eu, por exemplo, fiquei com uma colega que detestava supervisão (...)"; E2 "(...) há pessoas que efetivamente não gostam, pronto! Não se sentem bem! Porque, queiramos quer não, nem todos gostam de fazer integração de enfermeiros, de ser tutor. E acho que é uma coisa que tem de se gostar! E é importante! Por isso, é preciso estar apto e aceitar (...) eu acho que essencialmente é gostar da parte de supervisão (...)"; E1 "(...) há enf que não se sentem confortáveis que não se sentem seguras a supervisionar porque não tem formação, não querem, não gostam de supervisionar! E é legítimo isto! E não deveriam ser obrigadas nem colocadas nessa função (...)";</p>

		Disponibilidade	E1 “Sim, uma pessoa disponível!”; E5 “(...) ser uma pessoa recetiva, disponível (...); E1 “(...) e também ter disponibilidade para ter vários momentos formais, para discutir os objetivos. Um momento inicial e depois vários ao longo do processo em que são discutidos os objetivos, se foram atingidos, que estratégias é que podem ser alteradas para o benefício do supervisorado.”
	Papel do Supervisor	Promover a autonomia	E3 “Numa fase inicial deve mostrar-nos como é a rotina e depois vai afastar-se cada vez mais até que seja só um Observador (...) primeiro é apresentar-nos, fazer connosco e depois cada vez mais se vai afastando até que chega uma altura em que está só no papel de Observador.”;
		Facilitar experiências	E4 “Facilitador das experiências, promover a máxima experiência possível.”;
<i>Integração e construção da Identidade Profissional</i>	Relevância da Integração	Início do processo de construção da identidade profissional	E5 “(...) é a nossa orientação para depois começarmos o nosso percurso profissional (...); E6 “(...) a Transmissão de conhecimento sem dúvida que numa fase inicial é importante termos alguém que nos oriente em termos de conhecimento científico, (...); E5 “(...) e depois a

			partir do momento em que são eles a prestar os cuidados, terem a sua identidade profissional. Ir construindo, remodelando, mas que no início se tivermos essa posição acaba por ser facilitador.”; E5 “é assim, no meu caso como estava no início minha vida profissional, pronto teve um papel facilitador o supervisor, não é (...)”
		Identificação com os pares	E4 “(...) é que o que nos ensinam na integração é o que nós levamos para nossa prática (...)”; E2 “(...) mas acho que sem sombra de dúvida tal como a colega também eu não tinha praticamente experiência e acho que faz parte irmos conhecendo diferentes formas de trabalhar, diferentes formas de comunicar. (...) para irmos construindo a nossa própria identidade profissional e é importante a parte técnica mas também vamos conhecendo um bocadinho de cada colega, vamos sabendo aquilo que queremos ser e aquilo que não queremos ser e vamos construindo nossa identidade e vamos dar o nosso cunho profissional mas é preciso tempo.”; E3 “(...) uma pessoa vai pela identidade um bocadinho da colega,

			<p>vamos começando aos pouquinhos a criar a nossa identidade pessoal mas vamos muito pelas colegas.”; E3 “Eu agora já vou apanhando um bocadinho de todos, vamos apanhando a prática pessoal que a colega faz e nós vamos ali se calhar “colar” um bocadinho mas depois vamos começando a perceber também um bocadinho a nossa identidade.”; E3 “(...) mas para mim deu para perceber um bocadinho até que realidades existiam e eu também consegui criar ali a minha identidade (...)”; E5 “(...) acho que como primeira prática acho que esta acaba por ser um bocadinho o reflexo que depois vamos construindo e fazendo há minha maneira e construindo a minha identidade profissional, mas no início aquilo que eu faço é um bocadinho o reflexo de como colega que me integrou organiza os cuidados, presta os cuidados, mas depois claro que vou adquirindo a minha individualidade (...)”; E5 “(...)porque eu também via aquilo como a minha metodologia de trabalho (...)”</p>
	Papel do Supervisor	Incremento da relação supervisiva	E6 “ eu acho que acima de tudo é isso, uma relação de confiança

			<p>(...)”; E6 “(...) é bom termos essa relação de confiança e empatia porque vamos ter questões e nós temos que estar à vontade e termos a certeza que não vamos ser julgadas pelas questões que vamos colocar, e se virmos que temos ali uma pessoa à frente de referência que além de conhecimento está aberta a que lhe coloquemos questões (...) acho que também é importante essa relação de confiança.”; E3 “É essencial!”; E1 “(...) porque o supervisor depois acaba por ser sempre para o futuro aquela pessoa de referência que, se foi de facto um bom supervisor, criou-se ali uma boa relação, vai ser aquela pessoa a quem nós podemos recorrer durante todo o nosso percurso futuro naquele serviço, para tirar dúvidas(...)”</p>
		Servir de modelo	<p>E4 “Por exemplo o brio profissional e a elegância com que se trabalha, a organização dos cuidados (...)”; E6 “(...) todos nós nos lembramos quem nos integrou nos serviços, e esses hábitos ficam em nós (...)”</p>
		Adaptação dos estilos de supervisão	<p>E1 “(...) há pessoas que reagem melhor a uma posição mais interventiva do</p>

			supervisor, uma orientação muito focada sempre nos cuidados e naquilo que vai influenciar e há outras que se enquadram mais numa metodologia mais à vontade, de mais liberdade para poder fazer o seu trabalho e ser apenas supervisionado e corrigido mais à distância.”
--	--	--	---