

II Congresso Internacional de Supervisão Clínica

Livro de Comunicações & Conferências

ORGANIZADORES:

Ana Paula França; Carla Inês Ribeiro; Cristina Barroso Pinto; Fátima Segadães;

Luís Carvalho; Margarida Reis Santos; Olga Fernandes; Sandra Cruz;

Sara Lopes; Wilson Abreu

Ficha técnica

TÍTULO

**II Congresso Internacional de Supervisão Clínica:
Livro de Comunicações & Conferências**

ORGANIZADORES

Ana Paula França; Carla Inês Ribeiro; Cristina Barroso Pinto; Fátima Segadães; Luís Carvalho; Margarida Reis Santos; Olga Fernandes; Sandra Cruz; Sara Lopes; Wilson Abreu

EDIÇÃO

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Cristina Barroso Pinto & Fátima Segadães

DESIGN E PAGINAÇÃO

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Gabinete de Divulgação, Imagem e Apoio à Publicação
Francisco Vieira (Design & Paginação); Sandra Pereira (Paginação)

REVISÃO

Alexandra Carvalho (Revisão & Paginação); Maria do Amparo Alves (Revisão de Abstracts)

ISBN

978-989-98443-6-0

2015

Índice

• Editorial	5
<i>Luis Carvalho</i>	
• Comunicações centrais	6
› A supervisão clínica e o desenvolvimento organizacional	7
<i>Ana Paula Macedo</i>	
› Autocuidado: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem	16
<i>Silvia Teixeira</i>	
› Risco de queda: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem	23
<i>Bárbara Lamas</i>	
› Competências parentais na amamentação: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem	29
<i>Laura Cruz</i>	
› Supervisão clínica e acreditação da qualidade	38
<i>Carla Pinho</i>	
› Certificação de competências e acreditação de contextos	45
<i>Olga Fernandes</i>	
• Comunicações livres	55
› Supervisão clínica: <i>stress</i> e enfermagem	56
<i>Elizabete Borges & Teresa Rodrigues Ferreira</i>	
› Gestão do <i>stress</i> em ensino clínico em enfermagem: importância da supervisão	60
<i>Susana Custódio</i>	
› O processo de supervisão em ensino clínico: perspetiva dos estudantes	67
<i>Salette Soares; Manuela Cerqueira; Maria José Fonseca; Jacinta Gomes & Albertina Marques</i>	
› Supervisão clínica em enfermagem: o que sabemos até agora?	74
<i>Sónia Novais</i>	
› A prática da supervisão de estudantes na disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar do Adulto II	81
<i>Jennara Candido do Nascimento; Joselany Áfio Caetano & Luis Carvalho</i>	
› Supervisão colaborativa – conceções dos enfermeiros	87
<i>Germana Pinheiro; Ana Paula Macedo & Nilza Costa</i>	
› Escala de Queda de Morse: contributo para a implementação de um modelo de supervisão clínica enfermagem	93
<i>Pedro Barbosa; Luis Carvalho & Sandra Cruz</i>	
› Supervisão clínica em enfermagem: estratégia potenciadora da excelência dos cuidados	100
<i>Ana Cristina Rocha; Margarida Reis Santos & Sandra Cruz</i>	
› Inteligência emocional de enfermeiros assistenciais em um hospital escola paulista	107
<i>Caroline B. P. Almeida & Nely Regina Sartori</i>	
› Supervisão clínica em enfermagem: contributo para o desenvolvimento de competências para a mobilidade	114
<i>Cândida Koch; Ana Paula Prata; Josefina Frade & Margarida Reis Santos</i>	
› Competências do enfermeiro de cuidados gerais em Cuidados de Saúde Primários	118
<i>Virgínia Guedes; João Apóstolo & Maria Henriqueta Figueiredo</i>	
› Avaliação do ensino clínico de enfermagem: perspetiva dos estudantes	124
<i>Elsa Melo; Célia Freitas & João Simões</i>	
› Supervisão clínica de enfermagem em contexto de cuidados no domicílio: avaliação da opinião dos cuidadores informais sobre o acompanhamento dos enfermeiros	135
<i>João Filipe Simões; Cláudia Simões; Ana Maria Fernandes & Ana Margarida Oliveira</i>	
› A formação de supervisores para a prática tutelada: contributos programáticos	144
<i>Custódio Soares</i>	

› Projeto de supervisão clínica em enfermagem: equipa de prevenção de úlceras por pressão <i>Inês Rocha; Joana Vieira; Raquel Barbosa; Duarte Pinto & Ana Luísa Neves</i>	151
› Satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem prestados por estudantes <i>Olivério Ribeiro; Margarida Vieira & Madalena Cunha</i>	156
› Ser supervisor de ensino clínico: contributos para um perfil <i>Maria Gabriela Calado</i>	163
› Acompanhamento dos Estudantes / Supervisão <i>Isilda Ribeiro & Luís Carvalho</i>	171
› Supervisão clínica em enfermagem: uma análise exploratória no contexto de uma UCI Neurocríticos <i>Marta Carvalho; Wilson Abreu & Sandra Cruz</i>	178
› Idoneidade formativa de contextos de prática clínica de enfermagem – análise de contextos clínicos à luz do referencial de avaliação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica <i>Júlia M. Alexandre & Patrícia I. Mourão Santos</i>	185
› Relevância dos indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem <i>Duarte Pinto; Margarida Reis Santos & Regina Pires</i>	191
› Sistematização da assistência de enfermagem: uma integração universidade e serviço <i>Gabriela Neiva; Luciene Braga; Marisa Correia; Jhonathan Araujo & Barbara de Sá Teixeira</i>	196
› Efeito da função de suporte do enfermeiro supervisor no desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico <i>Paula Diogo; Odete Lemos e Sousa & Joana Rodrigues</i>	201
› Desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa com deficiência: relato de experiência <i>Monaliza R. Mariano; Lorita Pagliuca; Wilson Abreu</i>	210
› O trabalho do tutor na aprendizagem clínica dos estudantes: recurso ao processo supervisivo <i>Sérgio C. Soares; Wilson Abreu & Nilza Costa</i>	216
› Implementação de estratégias de supervisão clínica em enfermagem nos serviços de saúde <i>Inês Rocha; Margarida Reis Santos & Regina Pires</i>	224
› O ensino clínico: influência positiva no desenvolvimento de competências dos estudantes de Enfermagem <i>Palmira Oliveira</i>	230
• Pósteres	237
› O processo de transição do enfermeiro recém-licenciado: análise segundo o modelo de supervisão clínica de Proctor <i>Inês Rocha; Duarte Pinto; Ana Luísa Neves; Marco Matos & Marlene Silva</i>	238
› Supervisão clínica em enfermagem: um conceito de consenso em sete países da União Europeia <i>Paula Prata; Margarida Reis Santos; Josefina Frade & Cândida Koch</i>	243
› Alunos de hoje, enfermeiros de amanhã – um despertar para o cuidar, na unidade de convalescença <i>Mariana Guedes; Lídia Lopes; Fátima Pinho & A. Sofia Simão</i>	247
› Histórico de enfermagem pautado no referencial teórico-filosófico de Dorothea Orem <i>Gabriela Neiva; Marisa Correia; Lucienne Braga; Thaizy Silveira & Willians dos Santos</i>	251
› Supervisão clínica e prevenção de <i>bullying</i> no trabalho <i>Antónia Teixeira; Teresa Rodrigues Ferreira & Elizabete Borges</i>	256
› Indicadores de qualidade em enfermagem: contributos para a construção de um programa de supervisão clínica <i>Joana Vieira; Margarida Reis Santos & Regina Pires</i>	260
› Uma tríade em supervisão clínica em enfermagem <i>Ana Antunes; Joana Carvalho & Paula Sousa</i>	265
› A análise SWOT como estratégia de (auto)avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada <i>Rui Pereira & Maria Rito</i>	270

Editorial

Luís Carvalho

Escola Superior de Enfermagem do Porto. Presidente do Conselho Técnico-Científico.

Contacto: **Luís Carvalho** (luiscarvalho@esenf.pt)

Este e-book oferece um conjunto de artigos que apresentam resultados de investigação e de reflexões sobre supervisão clínica em enfermagem que foram discutidos durante o II Congresso Internacional que decorreu na ESEP.

A supervisão clínica tem sido vista como um mecanismo de suporte para a segurança e qualidade dos cuidados, reconhecendo que os profissionais da saúde necessitam de apoio contínuo para manterem e melhorarem a sua prática. De igual forma, muitos estudos relacionam a supervisão clínica com a formação inicial em enfermagem, reforçando a sua importância para influenciar de uma forma positiva o processo de aprendizagem dos estudantes, promovendo e implementando o processo de tomada de decisão em enfermagem.

Este e-book, tal como o congresso que o sustenta, tem como objetivos centrais reconhecer a necessidade de Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE), identificar o contributo da SCE para o desenvolvimento dos enfermeiros e da Enfermagem e desenvolver competências para supervisionar estudantes de enfermagem e enfermeiros, constituindo-se como um elemento estratégico para a promoção da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da segurança e qualidade dos cuidados.

O livro, seguindo a organização temática do II Congresso Internacional de Supervisão Clínica, aborda aspetos centrais em supervisão clínica, como o desenvolvimento e certificação de competências, a qualidade na e para a formação, a organização dos contextos da prática clínica, os modelos de SCE e os indicadores de qualidade em enfermagem.

Entendemos este livro como parte de uma estratégia que inclui o projeto de investigação para a segurança e qualidade dos cuidados (C-S2AFECARE-Q) e o curso de mestrado que faz parte da oferta formativa da ESEP.

COMUNICAÇÕES CENTRAIS

Supervisão clínica em enfermagem: abordagem organizacional

Supervisão clínica para a segurança e qualidade dos cuidados

Conferências

A supervisão clínica e o desenvolvimento organizacional

Ana Paula Macedo

*Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Professor coordenador.
Contacto: Ana Paula Macedo (amacedo@ese.uminho.pt)*

Resumo

Muito antes da conceptualização sobre a supervisão ser desenvolvida na formação em Enfermagem, já havia uma tradição de “orientação da prática clínica” com a qual as novas conceções de supervisão tiveram de se confrontar. Algumas leituras mais atentas realizadas por estudiosos, neste domínio do conhecimento, chamam a atenção para os primeiros textos sobre supervisão. Há sinais que revelam que a supervisão era originalmente prevista na Enfermagem. A expressão “supervisão clínica” é habitualmente utilizada na orientação dos alunos de Enfermagem, em ensino clínico e em estágio e ainda na *formação em exercício* dos enfermeiros. Neste sentido, é possível afirmarmos que a atividade de supervisão se enquadra num processo mais vasto na formação de Enfermagem do que, por exemplo, na formação de professores, já que ela é habitualmente percebida como um processo de acompanhamento de competências clínicas, quer dos alunos estagiários, quer dos enfermeiros, e está também, neste sentido, muito associada ao contexto hospitalar. Neste último contexto, a atividade de supervisão foi, desde cedo, sentida como necessária, não só ao nível do desenvolvimento pessoal dos profissionais como ao nível organizacional, embora com focalizações diferentes, ao longo dos tempos. A presente comunicação pretende discutir em primeiro lugar, o conceito de supervisão para em seguida relacioná-lo com o conceito de desenvolvimento profissional. Neste percurso, através de um ensaio teórico metodológico, são equacionadas as dimensões organizacionais, estabelecendo-se analogias com dois modelos de supervisão. A supervisão será assim profundamente dependente da natureza das conceções organizacionais e respetivas definições de objetivos, tecnologias, estruturas, processos de planeamento e de decisão, liderança, mudança, etc.

Palavras-chave: Modelos de supervisão; dimensões organizacionais; desenvolvimento organizacional.

Abstract

Long before the beginning of the concept of supervision in nursing education, there was already a tradition of “clinical practice orientation”. The concepts of supervision had to face and deal with this approach. Some careful readings developed by researchers in this field, point out the first texts about supervision. There are signs that supervision was originally envisioned in Nursing. The expression “clinical supervision” is usually used in the guidance of nursing students, in stage and practices, as well as in the context of nurses’ in-service training. In this context, it is possible to claim that the supervision activity is part of a broader process in nursing education than, for example, in teachers’ education, as it is usually perceived as a process of accompanying clinical skills, of both students and nurses, and is also closely correlated with the hospital context. In this latter context, the activity of supervision was felt as needed not only for professional, but also for organizational development, although with different focus over time. This Communication intends to discuss firstly the concept of supervision and then relate it to the concept of professional development. There is a reflection about the organizational dimensions and its correlation with supervision models. Thereby, supervision is deeply reliant on the nature of organizational concepts and goals, technologies, structures, planning and decision making processes, leadership, change, etc.

Keywords: Clinical supervision; organizational dimensions; professional development.

O conceito de Supervisão Clínica

A supervisão em Enfermagem é um amplo conceito, na medida que tem recebido uma variedade de definições, muitas vezes semelhantes entre si, outras vezes complementares e algumas vezes divergentes, dependendo dos valores, convicções e interesses das pessoas envolvidas e ainda do contexto em que a supervisão é desenvolvida.

Embora em Portugal o conceito de supervisão seja frequentemente referenciado à prática pedagógica na formação inicial de professores e educadores (Alarcão 1987), no caso da Enfermagem este conceito só mais recentemente parece estar a ganhar maior visibilidade social, apesar de ter já uma longa tradição nos contextos da prática clínica.

Com efeito, muito antes da conceptualização sobre a supervisão ser desenvolvida na formação em Enfermagem, já havia uma tradição de “orientação da prática clínica” com a qual as novas conceções de supervisão tiveram de se confrontar. Algumas leituras mais atentas realizadas por estudiosos, neste domínio do conhecimento, chamam a atenção para os primeiros textos sobre supervisão. Há sinais que revelam que a supervisão era originalmente prevista na Enfermagem.

A expressão “supervisão clínica” é habitualmente utilizada na orientação dos alunos de Enfermagem, em ensino clínico e em estágio e ainda na formação em exercício dos enfermeiros. Neste sentido, é possível afirmarmos que a atividade de supervisão se enquadra num processo mais vasto na formação de Enfermagem do que, por exemplo, na formação de professores, já que ela é habitualmente percebida como um processo de acompanhamento de competências clínicas, quer dos alunos estagiários, quer dos enfermeiros, e está também, neste sentido, muito associada ao contexto hospitalar. Neste último contexto, a atividade de supervisão foi,

desde cedo, sentida como necessária, não só ao nível do desenvolvimento pessoal dos profissionais como ao nível organizacional, embora com focalizações diferentes, ao longo dos tempos.

Mesmo antes do surgimento das escolas de Enfermagem como organizações era no hospital que as enfermeiras se formavam e exerciam as suas atividades de supervisão. E ainda, se recuarmos mais no tempo é possível encontrarmos formas de supervisão, mais ou menos organizadas ou sistematizadas, que foram tomando corpo à medida que as enfermeiras sentiram necessidade de organizarem o seu trabalho dentro das enfermarias.

Os protocolos, as normas, a hierarquia de funções que implica uma divisão de trabalho, são alguns dos exemplos de instrumentos de que o processo de supervisão se tem servido, dentro do contexto de trabalho hospitalar. Se, por um lado, estes instrumentos, com traços burocráticos, podem, em alguns momentos, pôr em causa a autonomia dos profissionais de Enfermagem, por outro lado, noutros momentos, eles são vistos como tecnologias de poder e de domínio destes profissionais, que para além de facilitarem os processos de decisão, permitem também o controlo da continuidade de cuidados, a uniformidade e a previsibilidade de comportamentos (Macedo 2006).

A partir da literatura que pesquisámos sobre supervisão diferentes conceções surgem realçadas, ligadas à herança histórica e aos diversos objetos sobre os quais a supervisão tem incidido. Contudo, e mesmo correndo o risco de uma simplificação excessiva, podemos identificar duas perspetivas de desenvolvimento da investigação em supervisão: uma perspetiva mais de índole educacional e outra de índole mais administrativa, respetivamente, no que diz respeito aos dois contextos. Enquanto que, no campo educacional os escritos sobre supervisão parecem-nos, tendencialmente, tomar um sentido mais orientador, de acompanhamento e até mesmo de ajuda dos futuros profissionais de Enfermagem, demonstrada pela aporção de diversas teorias educacionais – das teorias de Schön (“reflectir na acção e sobre a acção”), das teorias de pesquisa de acção de Kemmis, das teorias da aprendizagem experimental de Kolb e da análise hermenêutica de Benner e Wrubel –, no contexto de trabalho onde os enfermeiros exercem a sua profissão, a supervisão parece-nos tomar um outro sentido, caracterizado por uma função administrativa, que envolve um processo de orientação contínua de pessoal com a finalidade de desenvolvê-lo e capacitá-lo para o seu contexto de trabalho. Na primeira perspetiva, a supervisão tem sido direcionada para as aprendizagens dos alunos, onde a clínica ou o contexto real de trabalho dos enfermeiros parece ser o espaço insubstituível para a integração de conhecimentos e a aquisição de saberes práticos e processuais. A segunda perspetiva, enquadra-se na supervisão de pares, de enfoque no desenvolvimento profissional contínuo e na supervisão como planeamento para a mudança organizacional sistemática, de enfoque na qualidade de cuidados e na mudança da organização hospitalar.

Tal como aponta um número significativo de autores, na primeira perspetiva, as atividades relacionadas com o desenvolvimento curricular, especialmente os itens implicados na redefinição de fins e objetivos de aprendizagem, a determinação da sua adequação às características psicológicas e socioculturais dos alunos ou dos profissionais, não devem ser deixadas à margem. A supervisão clínica fornece potencialmente a estrutura *espaço* e *tempo* para a reflexão, ainda que precise do empenhamento pessoal e organizacional para proteger-se da erosão de outros compromissos organizacionais concorrentes. Neste sentido, a supervisão é vista como

uma estratégia para a aprendizagem e o aperfeiçoamento da atividade do *cuidar*, tomando os dados da análise e a reflexão das próprias ações do(a) futuro(a) enfermeiro(a) como elemento chave. Por influência de Donald Schön, esta supervisão é orientada para a aprendizagem do *cuidado*, realizada mediante ciclos repetidos de *planificação, observação e reflexão sobre a ação* (Schön 1992).

A nossa experiência profissional leva-nos a afirmar que os exemplos de boa prática reflexiva são muito mais escassos do que a literatura possa sugerir, precisamente pela dificuldade em conciliar as práticas gestionárias e administrativas com as reflexivas. Dentro do contexto hospitalar, essas práticas estão muito presentes nas normas e protocolos pelos quais os profissionais de enfermagem se regem, capazes de os envolver no tempo e no espaço, deixando, com muita frequência, pouca margem à reflexão.

Na segunda perspetiva, cabe também referenciar alguns autores, que representam contributos importantes e diversificados, relativamente a um eixo de pesquisa de âmbito mais gestonário: Ballard (2000); Chesson (2000); Davies et al. (2000); Dumas (2000); Hatton (2000); Lovelady (2000); Kavanagh (2000); Northcott (2000); Roberts (2000); Rudd e Wolsey (2000); Spouse e Redfern (2000). Philip Wolsey e Lesley Leach (1997) chamam a atenção para um modelo de supervisão com dimensões de empresa que começa a ser influente no campo da saúde, e que em nosso entender pode, neste momento, ter algumas implicações na própria supervisão clínica em enfermagem. Estes mesmos autores argumentam que a supervisão clínica desenvolve práticas e talentos, preparando profissionais para o posto de trabalho, objetivos estes consonantes com as dimensões empresariais, idênticas à supervisão industrial. Defendem o abandono dos modelos de supervisão ligados à psicoterapia, manifestando-se a favor de cuidados de saúde cingidos a moldes empresariais. Este mesmo pensamento tem originado debate sobre a necessidade de demonstrar se a supervisão tem contribuído para melhorar a qualidade, no que diz respeito aos planos de trabalho, à rapidez ou prontidão do serviço, à redução de custos, etc. (Wolsey e Leach 1997, p. 26). Assim, podemos dizer que estas preocupações se adequam, em maior grau, à supervisão administrativa, aliás como tem sido evidente na literatura em Enfermagem.

Nigel Northcott (2000), no seu artigo “Clinical Supervision – Professional Development or Management Control?” explora, sobretudo, as diferenças entre *supervisão, apreciação e providência*, termos de uso corrente. Ele expõe as suas suspeitas relativamente ao facto de os práticos terem expressado a supervisão clínica como uma *apreciação*, com a intenção de desenvolver a *performance*. A *apreciação* aparece como um processo que valoriza o emprego do mérito profissional dentro da organização, com a perspetiva de aumentar práticas de qualidade.

A grande questão que se coloca é como promover o desenvolvimento profissional a partir da supervisão?

As duas perspetivas que acabamos de apresentar poderão ajudar-nos na leitura de uma determinada prática de supervisão clínica em Enfermagem e por outro lado, na análise se a mesma prática promove o desenvolvimento profissional.

Em Portugal existe um referencial pretendido para o exercício profissional da Enfermagem. No que diz respeito ao enunciado descritivo – a Organização dos Cuidados de Enfermagem,

são elementos importantes: i) a existência de um quadro de referência para o exercício profissional dos enfermeiros; ii) a existência de um sistema de melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; iii) a existência de um sistema de registros de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa; iv) a satisfação profissional relativamente à qualidade do exercício; v) a existência de dotações seguras; vi) a existência de uma política de formação contínua; vii) a utilização de metodologias de organização dos cuidados de Enfermagem promotoras da qualidade (OE 2003). Na nossa opinião estes elementos orientadores para o exercício da Enfermagem, e consequentemente no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, são simultaneamente orientadores para o exercício da supervisão clínica em Enfermagem, tendo em conta as práticas colaborativas no contexto de trabalho, as práticas colaborativas interorganizacionais (articulação entre escolas e organizações de saúde) e o desenvolvimento de investigação em colaboração.

Terminamos este tópico com o nosso posicionamento relativo à supervisão e que na nossa opinião promove o desenvolvimento profissional. Defendemos uma supervisão de suporte profissional (referimo-nos aos futuros enfermeiros e aos profissionais de Enfermagem), de crescimento e de partilha (consciente, convívio, participado), de proteção da pessoa que necessita de cuidados (por segurança da prática), que permita o desenvolvimento de conhecimentos (por recurso à reflexão), de habilidades técnicas e de aprendizagens coletivas (assentes em valores e princípios democráticos), originária do envolvimento e da responsabilidade, promovendo, assim, a autonomia profissional.

A supervisão clínica e as dimensões organizacionais: ensaio teórico metodológico

É hoje indisfarçável a presença da temática supervisão clínica nas escolas de Enfermagem/hospitais, nas múltiplas valências dos contextos de saúde, seja no quadro do discurso e da orientação político normativa, seja ao nível dos atores e da ação contextualizada nas organizações de ensino e de saúde. Trata-se, por isso, de um assunto que perpassa discursos de forma implícita e explícita e, seguramente, os interesses de políticos, enfermeiros, professores, alunos, gestores das organizações de saúde. Não sendo nossa intenção proceder a uma sistematização exaustiva das razões que contribuem para a notoriedade da temática, parece-nos contudo, em jeito de síntese, apontar as seguintes: alguns estudos, a pressão pública, a Ordem dos Enfermeiros.

A Ordem dos Enfermeiros já desde 2007 que tem relevado a importância que este processo de supervisão clínica poderá ter ao nível do desenvolvimento da profissão de enfermagem. De acordo com a Ordem, o modelo de desenvolvimento da profissão de enfermagem tem em vista a excelência de cuidados. Ele é visto como sendo aquele que servirá o desenvolvimento dos enfermeiros rumo à especialização e aquisição de novas competências ao serviço do cidadão. Este novo modelo está imbricado com o desenvolvimento organizacional dos contextos de saúde/ensino, constituindo-se como sendo a principal linha orientadora que alimenta a ideia que aqui apresentamos. A finalidade última da supervisão clínica e a origem da sua exigência é o melhoramento das práticas e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa. São, por isso, as questões relacionadas com o desenvolvimento organizacional da Escola/Organizações de Saúde aquelas que poderão contribuir para um reforço de profissionalismo e das

competências dos profissionais, para uma melhor aprendizagem dos alunos/profissionais e para uma melhor segurança dos cuidados, tendo como beneficiários últimos as pessoas que cuidamos. Realçamos a articulação interorganizacional Escola e organizações de saúde que está presente implicitamente e explicitamente, por serem organizações responsáveis pela formação inicial (no caso dos estudantes) e contínua (no caso dos profissionais) (Macedo 2012).

O estudo que realizamos em 2009, intitulado *Articulação Interorganizacional Escola de Enfermagem e Hospital*, pudemos reconstruir um modelo teórico de análise à Articulação interorganizacional Escola de Enfermagem e Hospital, onde se elegeram duas vertentes de análise para a sua compreensão. Neste texto apresentamos apenas a primeira vertente, onde se expôs uma proposta de modelo teórico para a compreensão da supervisão de estágios em contexto de trabalho hospitalar.

O cruzamento estruturado a partir de Tanner e Tanner (1987), abrangendo uma pluralidade de dimensões, ora organizacionais (Ellström 1983), ora de supervisão (Alarcão e Tavares 2003), permitiu-nos uma leitura transversal dos dados que contextualizaram toda a problemática da supervisão de estágios e a articulação interorganizacional Escola de Enfermagem e Hospital.

Esta proposta partiu do pressuposto que seria fundamental analisarmos algumas dimensões do “Hospital como organização” para conseguirmos também perceber a supervisão no contexto de trabalho hospitalar. A supervisão realiza-se necessariamente por referência, implícita ou explícita, a concepções, imagens ou representações da organização.

O presente ensaio veio mostrar que, de facto, parece existir um certo isomorfismo entre o “modelo de supervisão” e o “modelo de organização” pelo que deduzimos, neste contexto, que a evolução da supervisão será condicionada pela própria transformação na organização hospitalar.

Dado que os modelos partilham frequentemente práticas comuns, serão aqui identificados e analisados apenas aqueles modelos que são de alguma forma distintivos, quando comparados, o que é o caso de dois modelos – o de *supervisão como produção* e o de *supervisão como processo de desenvolvimento* – já que estes nos permitem completar a perspetiva científica e epistemológica da supervisão e sua relação e interdependência com os âmbitos didáticos e organizativos.

Modelo de supervisão como produção

A denominação deste modelo de supervisão indica, claramente, quais são os pressupostos conceptuais e imagens com as quais se identifica. A concepção da *organização como empresa* e a adoção dos modos de gestão científica e industrial são os alicerces sobre os quais se constrói um modelo de organização e de supervisão guiados por critérios de *eficácia* e de *eficiência e rentabilidade*.

Desde a perspetiva empresarial ou industrial foram analisadas apertações ao desenvolvimento da escola da organização clássica, donde por sua vez se podem distinguir os movimentos da administração científica de F. W. Taylor, dos princípios universais de H. Fayol e da burocracia de M. Weber.

A projeção dos três movimentos no desenvolvimento curricular todavia é hoje patente, são alguns exemplos: i) cumprimento das intenções previstas, onde as tarefas e atividades apare-

cem como adaptativas e rotinizadas, “*time-on-task*”. A crença na imitação para a estabilidade da prática (Tanner e Tanner 1980, p. 636) e na demonstração e imitação como a melhor maneira de aprender (Alarcão e Tavares 2003, p. 17-18) são aspetos importantes para a sua definição. ii) Complementarmente, a definição do conhecimento científico como a apreensão do objetivo, observável e medível, próprio da orientação científico-racional, também conhecida como positivista e empirista, é de suma importância para se compreender este modelo de supervisão.

Se pensarmos por exemplo no hospital, lugar onde acontece a supervisão em Enfermagem, dentro desta linha de pensamento, parece haver, também, uma proximidade à organização segundo o *modelo racional-burocrático* de Per-Erik Ellström (1983), cuja estrutura é constituída em grande parte por órgãos (departamentos, serviços) e respetivas funções (Hall 1984, p. 230). A organização dentro deste último modelo é caracterizada por possuir *objetivos e preferências* baseados na clareza e no consenso partilhados. Quanto à *tecnologia e aos processos*, estes caracterizam-se pela transparência e clareza uma vez que foram racionalmente estabelecidos e devem ser cumpridos por todos aqueles que executam as funções e as tarefas. Neste sentido, a racionalidade surge-nos como um elemento fundamental, tal como uma orientação clara para o desenvolvimento das tarefas. A *eficiência, a eficácia e a produtividade* tornam-se importantes numa organização com estas características. Estes critérios, ao serem aportados para a supervisão clínica, passam pela determinação dos objetivos comportamentais específicos, definidos operativamente, e do estabelecimento dos mecanismos de controlo capazes de medir o grau de cumprimento dos mesmos – *controlo estabelecido*.

Modelo de supervisão como processo de desenvolvimento

O modelo de supervisão como *processo de desenvolvimento* pretende ser uma proposta superadora das deficiências e limitações que apresentava a *supervisão como produção*. Este tipo de supervisão é definido por Tanner e Tanner (1987), promotores e defensores da proposta, como um processo de solução de problemas. A premissa fundamental da *supervisão como processo de desenvolvimento*, para Tanner e Tanner (1987, p. 200), é que ela consiste num processo de crescimento em lugar de um processo que leva a produtos terminais ou finais. A pessoa em formação adquire uma posição diferente da dos modelos precedentes, não é um agente de distribuição da instrução que leva a cabo fins prefixados de um programa *estabelecido* por uma fonte de autoridade externa, mas faz parte, como elemento ativo, dos processos de resolução. Estamos dentro de uma outra perspetiva prática e emancipatória de inter-relação dos diversos contextos de decisão. No âmbito das suas características são alguns exemplos: i) Um projeto resulta não só do plano das intenções, bem como do plano da sua realização no seio de uma estrutura organizacional e neste sentido ele é *gerador e criativo*. ii) Os métodos participativos e de colaboração são a forma habitual do trabalho de supervisão, focalizando-se na compreensão dos problemas (diagnóstico-problema), na tentativa de os resolver (solução-problema). iii) No contexto de *supervisão*, o supervisionado trabalha de forma contínua e em estreita relação com os especialistas, supervisores e investigadores que se responsabilizam diretamente pelo campo da ação. O controlo é designado por *emergente* (Tanner e Tanner 1980, p. 638).

Nesta abordagem não deverão ser descurados outros modelos organizacionais alternativos, o *modelo político* e o *modelo anárquico*, apresentados por Per-Erik Ellström (1983). No primeiro

caso, o *modelo político* de organização afirma-se a partir de um conjunto de indicadores, dos quais se destacam os seguintes: a heterogeneidade de indivíduos e de grupos que dispõem de *objetivos e preferências* próprios, poderes e influências diversas e posicionamentos hierárquicos diferenciados; a vida dentro da organização que se desenrola com base na conflitualidade de interesses e na consequente luta pelo poder; os interesses individuais ou de grupo que se situam quer no interior da própria organização quer no seu exterior e influenciam toda a atividade organizacional. No caso do *modelo anárquico*, ele representa um dos mais recentes desenvolvimentos nos estudos organizacionais. Neste modelo, os *objetivos e preferências* são ignorados ou entram em conflito, no que concerne à *tecnologia e processos* organizacionais, estes apresentam uma natureza ambígua (Weick 1995).

Nesta linha a supervisão de cariz reflexivo e de aprendizagem desenvolvimentista, humanista e sócio-construtivista, em ambiente interinstitucional interativo, passam a ser valorizadas as experiências diversificadas, em contextos variados, facilitadoras de ocorrências e de transições ecológicas. O enfoque científico da *supervisão como desenvolvimento* baseia-se na melhor evidência possível dos dados disponíveis, através de procedimentos que manifestem as avaliações que subjazem da investigação.

Se olharmos para os aspetos organizacionais, atrás referenciados, parece-nos ter alguma capacidade hermenêutica o modelo de supervisão como desenvolvimento, retirando alguma centralidade explicativa ao modelo de supervisão como produção, apesar deste ser hoje grandemente dominante. Embora muitas das tentativas da gestão da crise apontem para uma possível articulação entre os dois modelos, não creio ser viável a sua compatibilização, sobretudo quando considerados determinados valores e orientações em termos de formação e de atividade profissional. Se, por um lado, a organização, onde acontece a supervisão clínica, parece balançar na defesa de valores humanísticos e de autonomia de signo democrático e participativo, por outro lado, esses mesmos valores deixam de fazer sentido, e até são difíceis de conciliar, quando se pretende a introdução de outras lógicas emergentes, como sejam, a da *eficiência, a da eficácia e a da produtividade*.

Referências bibliográficas

ALARCÃO, I. e TAVARES, J. *Supervisão da prática pedagógica – Uma perspectiva de desenvolvimento e de aprendizagem na formação de professores*. Coimbra: Almedina, 2003.

ELLSTRÖM, P. Four faces of educational organizations. *Higher Education*. 1983, 12, 231-241.

MACEDO, A. A qualidade na formação em contexto hospitalar: Uma reflexão crítica. In: M.S. e Costa e M.E. Leandro, orgs. *Participação saúde e solidariedade: Riscos e desafios*, Braga: AISO, Universidade do Minho, 2006, pp. 335-346.

MACEDO, A. *Supervisão em enfermagem: Construir as interfaces entre a escola e o hospital*. Santo Tirso: De facto Editores, 2012.

NORTHCOTT, N. Clinical supervision – professional development or management control? In: J. SPOUSE e L. REDFERN, *Successful supervision in health care practice: Promoting professional development*, Oxford: Blackwell Science, 2000, pp. 10-29.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento concetual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: OE, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Um novo modelo de desenvolvimento profissional: Certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem. *Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2007, junho, 26.

SCHÖN, D. *La Formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid: Ediciones Paidós, 1992.

TANNER, D. e TANNER, L. N. *Curriculum development: Theory into practice*. New York: Macmillan, 1980.

TANNER, D. e TANNER, L. N. *Supervision in education. Problems and practices*. Nueva York: Macmillan, 1987.

WEICK, K. *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications Series, 1995.

WOLSEY, P. e LEACH, L. Clinical supervision: A hornest's nest?. *Nursing Times*. 1997, **93**(44), 24-27.

Autocuidado: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem

Sílvia Teixeira

Obra Diocesana de Promoção Social, Enfermeira.

Contacto: **Sílvia Teixeira** (silvia.smmmt@gmail.com)

Resumo

Uma das áreas potenciadoras de ganhos em saúde, reconhecida como um critério e indicador da qualidade dos cuidados em saúde é o Autocuidado. Este requisito universal de sustentação da vida e manutenção da saúde é sensível à intervenção dos enfermeiros, daí ser um foco de atenção passível de melhoria pela atuação da supervisão clínica (SC). Este estudo quantitativo foi desenvolvido num hospital da zona norte de Portugal, numa amostra de 110 doentes do serviço de medicina e pretendeu responder à questão de partida “Que pressupostos devem ser tidos em conta num modelo de SCE que promova a segurança e a qualidade dos cuidados direcionados ao autocuidado?”. A recolha de dados foi feita a partir de dois instrumentos. O primeiro, um questionário de avaliação do autocuidado preenchido por enfermeiros especialistas em reabilitação e o segundo, avaliador do autocuidado através dos registos informatizados de enfermagem, preenchido pela investigadora. Da análise dos dados emergiram limitações ao nível da anamnese, em que o autocuidado se limitava à higiene, e à atribuição do grau de dependência (GD) nos diferentes tipos de autocuidado. Para resolução das lacunas no processo de enfermagem, foram propostas estratégias no âmbito da supervisão clínica em enfermagem (SCE).

Palavras-chave: Supervisão clínica; enfermagem; qualidade dos cuidados; segurança dos cuidados; autocuidado.

Abstract

One of the enhancer areas of health gains, recognized as a criteria and indicator of the quality of health care, is self-care. This universal requirement for sustaining life and maintaining health is sensitive to the intervention of nurses and a focus of attention likely to improve through clinical supervision (CS). This quantitative study was conducted in a hospital in the north of Portugal, with a sample of 110 patients hospitalized in the medicine ward and pretended to answer the start question “What assumptions should be attended in a nursing CS model that promotes the safety and quality of care targeted to self-care?”. Two instruments were used to data collection. The first was a questionnaire focused on self-care evaluation and was filled by rehabilitation nurses. The second instrument evaluated self-care through

nurses' electronic records and was filled by the researcher. Data analysis pointed out limitations related to anamnesis, where self-care was limited to the hygiene, and to the degree of dependence on the different types of self-care. To solve the gaps in the nursing process, some strategies, used by clinical supervision in nursing, were proposed.

Keywords: Clinical supervision; quality of care; safety of care; self-care.

Enquadramento teórico

A SCE define-se “como um processo formal de acompanhamento [contínuo] da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (OE 2010b, p. 5). É uma ferramenta para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem (Hancox et al. 2004) e potencialização da qualidade dos mesmos, pelo que estudar os seus efeitos a este nível constitui um assunto atual e oportuno (Hyrkäs e Lehti 2003). Foi já confirmado e demonstrado por evidência científica a efetividade da SC, com efeitos positivos a diferentes níveis (Cruz 2008). Muitos estudos se têm realizado nesta área, mas poucos se centram na evolução do doente ou na qualidade dos cuidados (Hyrkäs e Paunonen-Ilmonen 2001).

Este estudo é uma parte de uma pesquisa de maiores dimensões, com a qual se pretende contribuir para a implementação de um modelo de SCE capaz de garantir uma prática clínica mais segura e de mais qualidade para os doentes. A dimensão a trabalhar foi o autocuidado, por se constituir como um dos indicadores da qualidade dos cuidados em saúde e como critério de qualidade do exercício profissional, representando assim um domínio central na prática clínica. É uma função humana reguladora que deve ser desempenhada pelos próprios indivíduos, ou que alguém executa por eles, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (Richards 2009); é um resultado de saúde sensível à intervenção de enfermagem, com repercussões positivas na saúde e bem-estar da pessoa (Petronilho 2012).

Atendendo ao facto de um dos principais pressupostos da SC incidir sobre a promoção da qualidade dos cuidados, considera-se que a promoção do autocuidado é uma das áreas em que a SC poderá ter uma intervenção ativa.

Metodologia

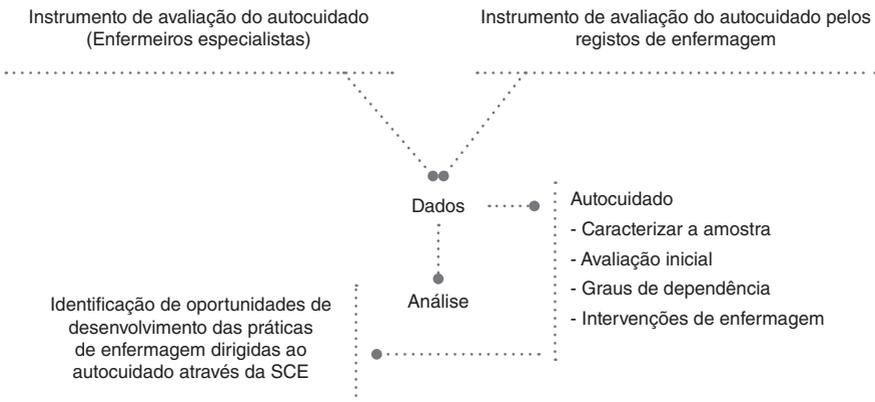
Este estudo teve como finalidade propor contributos para a construção de um modelo de SCE, com vista à potencialização das competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado, com o intuito de promover a segurança e qualidade dos cuidados. Foi realizado num hospital do norte de Portugal, tendo uma abordagem predominantemente quantitativa. Foram formuladas as seguintes hipóteses:

- H1) Existe relação estatisticamente significativa entre a idade e o grau de dependência no autocuidado;
- H2) Existe relação estatisticamente significativa entre o género e o grau de dependência no autocuidado;
- H3) Existe relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico médico e o grau de dependência no autocuidado;

- H4) Existe relação estatisticamente significativa entre a presença de dependência no autocuidado no domicílio e o grau de dependência no internamento;
- H5) Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência de um autocuidado e o grau de dependência de outro autocuidado;
- H6) Existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de dependência identificado pelos especialistas e o grau de dependência identificado pelos generalistas;
- H7) Existem diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as intervenções selecionadas pelos generalistas.

A população em estudo foi constituída pelos doentes internados no serviço de medicina A do referido centro hospitalar. A amostra (N=110) foi conseguida através de um método de amostragem não probabilístico, recorrendo à amostragem acidental ou de conveniência e incluiu todos os doentes internados nesse serviço entre 11 de março e 24 de abril de 2012.

Figura 1 – Desenho do estudo



A recolha de dados ocorreu num único momento através da aplicação de dois instrumentos, tendo em conta o desenho do estudo visível da figura 1. O primeiro instrumento, preenchido pelos especialistas em enfermagem de reabilitação, destinou-se a avaliar o autocuidado e era constituído por três partes. A primeira referente à caracterização do doente, a segunda avaliava a dependência no autocuidado e a terceira a seleção de intervenções de enfermagem de acordo com o grau de dependência identificado. O segundo instrumento era idêntico mas direcionado para os registos de enfermagem e foi preenchido pela investigadora durante a análise documental (SAPE® – processo de enfermagem e avaliação inicial). O tratamento estatístico dos dados foi efetuado utilizando o software SPSS® (versão 19.0), tendo-se realizado procedimentos da estatística descritiva e indutiva com o objetivo de retirar conclusões da informação obtida. Para todos os testes e análises efetuadas, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$.

Análise dos resultados

A amostra em estudo foi constituída por 42 mulheres e 68 homens, com idades compreendidas entre os 25 e 95 anos. E idade média de 73,14 anos. Em ambos os géneros a classe etária predominante foi a dos 65-79 anos. Dos elementos em estudo, 61 (55,5%) eram dependentes no domicílio em algum tipo de autocuidado, sendo que a classe etária que registou maior número de casos de elevada dependência foi a partir dos 80 anos. Existia na amostra uma grande variedade de grupos de diagnósticos, mas três apresentaram maior frequência de casos: doenças e perturbações do aparelho respiratório (n= 47; 42,7%), doenças e perturbações do aparelho circulatório (N= 30; 27,3%) e doenças e perturbações do rim e do aparelho urinário (n= 12; 10,9%).

Na avaliação inicial, em 79,9% (n=78) foi feita referência ao autocuidado, mas apenas o relativo à higiene. Destes, em apenas 18 casos foi referido o GD, sendo que em seis essa identificação foi feita no item “atividade motora” e não no item autocuidado; houve mesmo sem menção a qualquer autocuidado mas em que é referido um GD.

Relativamente ao GD no autocuidado, para as hipóteses de investigação a ele alocadas, foram obtidos os dados a seguir apresentados.

No que refere à “relação com a idade” (H1), verificou-se, nos enfermeiros especialistas, uma correlação positiva fraca a moderada em todos os tipos de autocuidado (quanto maior a idade maior o GD), exceto no “usar a cadeira de rodas” em que a correlação é negativa. Obtiveram-se os mesmos resultados nos registos com exceção para os autocuidados “vestir-se/despír-se”, “arranjo pessoal” e “erguer-se”, casos em que não foi encontrada correlação estatisticamente significativa. A hipótese foi confirmada com exceção dos tipos de autocuidados referidos, no caso dos registos.

No que diz respeito à “relação com o género” (H2), a hipótese apenas foi confirmada pelos dados dos registos no autocuidado “posicionar-se”. Ao cruzar o GD com o género concluiu-se que as mulheres apresentam maior GD que os homens na generalidade dos tipos de autocuidado.

Quanto à “relação com o diagnóstico de admissão” (H3), tanto para os enfermeiros especialistas como para os registos observados não foi possível confirmar a hipótese pois houve mais de 20% de células com frequências esperadas menores que cinco, em todos os autocuidados (não estavam reunidas as condições para a realização do teste estatístico). Realizou-se no entanto o cruzamento entre o GD e o diagnóstico de admissão e percebeu-se, com exceção dos tipos de autocuidado “alimentar-se”, “virar-se” e “usar a cadeira de rodas”, que o grupo diagnóstico com GD mais elevado e moderado foi o das doenças relacionadas com o aparelho respiratório.

No que se refere à “relação com a dependência no domicílio” (H4), ao estudar a relação entre esta variável e o GD no internamento (obtido pelos dados dos especialistas), através do cruzamento entre ambas, apenas foi possível confirmar a hipótese no grupo dos especialistas, uma vez que nos registos mais de 20% de células possuíam frequências esperadas menores do que cinco.

Relativamente à “relação com os diferentes autocuidados” (H5), no caso dos enfermeiros especialistas, verificámos a existência de uma correlação positiva muito forte entre os GD de todos os autocuidados, exceto no GD “usar a cadeira de rodas” com correlação negativa fraca a moderada com os graus dos restantes tipos de autocuidados. Pode afirmar-se que existe relação

estatisticamente significativa entre o GD de um tipo de autocuidado e o GD de outro tipo de autocuidado, sendo a hipótese de investigação confirmada. Já nos registos a hipótese testada foi confirmada exceto entre o tipo de autocuidado “higiene – vestir-se/despir-se”, “higiene – arranjo pessoal”, “arranjo pessoal – higiene (pessoal)”, “erguer-se – transferir-se” e “erguer-se – posicionar-se”, casos em que não se obteve correlação significativa.

A sexta hipótese referia-se à “diferença entre a avaliação dos especialistas e os registos” (H6). Após aplicar o teste de Wilcoxon obtiveram-se resultados significativos para todos os tipos de autocuidado ($p < 0,05$), com exceção para o tipo de autocuidado “transferir-se” ($p = 0,265$).

Através de cruzamentos entre os diferentes tipos de autocuidado e o GD, como conclusão global dos mesmos, retira-se que em nenhum dos autocuidados houve correspondência integral da avaliação feita pelos enfermeiros especialistas relativamente ao GD dos diferentes tipos de autocuidado e os registos de enfermagem que traduzem os cuidados prestados aos doentes.

Depois de estudar o comportamento da amostra quanto aos GD nos diversos tipos de autocuidado, importava saber se havia uma correta ligação entre eles e o plano de intervenção traçado. Assim, realizou-se uma análise da distribuição da amostra quanto à correspondência (total, parcial, não corresponde ou N/A – não aplicável) das intervenções selecionadas e os GD, para cada tipo de autocuidado, tanto para os dados recolhidos dos enfermeiros especialistas como dos registos. Da análise resultou que, para os primeiros, não houve nenhum tipo de autocuidado em que as intervenções não correspondam ao GD; em todos houve casos de correspondência parcial. Nos registos constataram-se casos de não correspondência e, tal como nos especialistas, o “mover-se em cadeira de rodas” foi o tipo de autocuidado com menor correspondência total.

Especificamente para as intervenções relacionadas com os equipamentos e estratégias adaptativas, verificou-se que, nos enfermeiros especialistas, em todos os tipos de autocuidado mencionados foram selecionadas intervenções no âmbito do ensinar, instruir e treinar, enquanto nos registos se verificou que em nenhum autocuidado esse tipo de intervenção foi selecionado.

Ao testar a hipótese H7 constatou-se que há diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as intervenções selecionadas pelos enfermeiros especialistas e as dos registos sendo, na sua globalidade, confirmada a hipótese testada.

Discussão dos resultados

Os resultados deste estudo foram essenciais para se analisarem as lacunas entre o diagnóstico e as intervenções de enfermagem na área do autocuidado e, conseqüentemente, se identificarem oportunidades de desenvolvimento do exercício profissional relacionado com o autocuidado. Este estudo pode constituir-se como um contributo para a estruturação de um modelo de CS que promova a melhoria das práticas assistenciais.

A análise dos dados permitiu constatar a existência de associação entre o GD e a idade (quanto maior a idade maior o grau) e a presença de dependência no domicílio (os dependentes no domicílio apresentam maior GD no internamento). O GD de um tipo de autocuidado está estatisticamente associado ao GD dos restantes. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os GD e as intervenções identificadas e entre os registos e a avaliação dos enfermeiros especialistas.

Na avaliação inicial, em 79,9% dos casos o autocuidado foi mencionado, embora apenas o relativo à higiene e o GD foi muitas vezes omitido. Apesar da percentagem referida ser elevada, os restantes casos são alvo de preocupação, uma vez que a anamnese é um instrumento que permite aglomerar todo o conhecimento relativo ao doente no momento da admissão e que, posteriormente, é útil para que a equipa de enfermagem planifique melhor e mais uniformemente os cuidados prestados ao longo do internamento.

Um dos itens mais estruturante das intervenções de enfermagem é o GD no autocuidado. Os dados demonstraram uma maior frequência de dependência em grau elevado em quase todos os tipos de autocuidado. Comparativamente com os enfermeiros especialistas, nos registos foram encontrados mais casos “sem dependência”. Não houve correspondência (total) em nenhum dos tipos de autocuidado entre as duas fontes de dados.

Nos registos, os focos “deambular”, “autocuidado vestuário” e “vestir-se ou despir-se” suscitam alguma confusão de conceitos e necessitam de ser melhor estudados e operacionalizados nas equipas. Torna-se necessária a sua clarificação.

Nas intervenções, a intervenção “avaliar...” selecionada em todos os casos pelos enfermeiros especialistas não se encontrava nos registos de nenhum elemento da amostra por não estar parametrizada no SAPE®, o que não significa que a mesma não seja implementada na prática uma vez que, para verificar se o GD de um autocuidado se mantém, é necessário realizá-la.

Há diferenças estatisticamente significativas nas intervenções entre as duas fontes de dados em todos os tipos de autocuidado. As intervenções de substituição são as mais registadas sendo aquelas em que se manifesta a maior correspondência entre os enfermeiros especialistas e os registos. Há que chamar a atenção para a necessidade de se refletir criticamente o planeamento dos cuidados e de se direcionarem estes para as reais necessidades dos doentes. Dos dados recolhidos dos registos destacaram-se alguns aspetos: (a) existem diagnósticos identificados sem intervenções associadas; (b) existem intervenções selecionadas sem associação a qualquer diagnóstico; (c) não há uma única intervenção relacionada com o ensinar, instruir e treinar, o que levanta a questão de estarem a ser realizadas mas não registadas.

Foram identificadas diversas lacunas no processo de enfermagem. Para serem colmatadas sugerem-se possíveis estratégias a incluir no modelo de CS, tendo por foco o autocuidado: formação da equipa de enfermagem na área do autocuidado e simulações e sessões de supervisão em grupo (em grupo e individual). Por último, sugere-se a elaboração de protocolos de intervenção direcionados ao autocuidado, a partir de evidências científicas mais atuais.

Conclusões

A qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem podem ser fidedignamente avaliados pela monitorização do indicador autocuidado. Por outras palavras, a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros depende, em grande parte, da capacidade de atuarem sobre o autocuidado. É necessário um investimento na construção de um processo de diagnóstico e planificação dos cuidados, dirigido às necessidades reais e mensuráveis dos doentes, uma melhoria da intervenção de enfermagem conseguida, em grande parte, por uma prática reflexiva, na qual a supervisão clínica tem um contributo inegável.

Referências bibliográficas

CRUZ, S. A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. *Revista Servir*. 2008, **56**(5), 112-118.

HANCOX, L., LYNCH, L., HAPPELL, B. e BIONDO, S. An evaluation of an educational program for clinical supervision. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2004, **13**, 198-203.

HYRKAS, K. e LETHI, K. Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback. *Journal of Nursing Management*. 2003, **11**(3), 177-188.

HYRKAS, K. e PAUNONEN-ILMONEN, M. The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, **33**(4), 492-502.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Caderno temático: Modelo de desenvolvimento profissional – fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: OE, 2010.

RICHARDS, S. Self-care in practice. *Practice Nurse*. 2009, **37**(11), 26-28.

Risco de queda: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem

Bárbara Lamas

Escola Superior de Enfermagem do Porto, Assistente convidada e membro da equipa de investigação do projeto C-S2AFECARE-Q.

Contacto: **Bárbara Lamas** (enf.barbara.lamas@gmail.com)

Resumo

A conferência intitulada “Risco de queda: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem”, apresentada no II Congresso Internacional de SCE, procurou divulgar o trabalho de investigação desenvolvido no âmbito do mestrado em supervisão clínica em enfermagem em colaboração com o projeto C-S2AFECARE-Q. As quedas representam um dos principais eventos adversos que ocorrem em clientes hospitalizados, sendo um indicador da qualidade dos cuidados em saúde e critério de qualidade do exercício profissional em enfermagem. Se a promoção da qualidade dos cuidados é um dos principais pressupostos da supervisão clínica em enfermagem, a prevenção da queda representa uma das suas áreas de intervenção. Numa amostra de 132 doentes de um serviço de internamento de medicina de um centro hospitalar do norte de Portugal, procurou-se verificar a implementação do protocolo de quedas do serviço entre enfermeiro, registos de enfermagem e a observação dos cuidados. Quanto à caracterização do risco de queda, 16,7% dos indivíduos (N=22) não apresentavam qualquer risco, 48,5% (N=64) apresentavam baixo risco de queda e 34,8% (N=46) apresentavam alto risco de queda. Da análise estatística dos dados, os resultados evidenciaram inconformidades na implementação do protocolo de quedas, nomeadamente na aplicação da escala de queda de Morse e na planificação/execução dos cuidados para prevenção de quedas. Os resultados encontrados apontam-nos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas devendo incluir sessões de supervisão clínica em enfermagem individuais e em grupo, promotoras do pensamento crítico-reflexivo, fomentando a formação dos enfermeiros e a investigação da prática clínica procurando a excelência dos cuidados.

Palavras-chave: Supervisão clínica; enfermagem; segurança dos cuidados; qualidade dos cuidados; quedas.

Abstract

The conference entitled “Fall Risk: contributions for a model in clinical supervision in nursing”, presented in the Second International Congress of Clinical Supervision in Nursing, intends to spread the research work developed as part of the master degree in nursing clinical supervision in association with C-S2AFECARE-Q Project. Falls represent one of the main unwanted events that occur in hospitalized patients, being a health care indicator and a touchstone for quality assessment of nursing professional practice. If the improvement of care quality is one of the main assumptions of clinical supervision in nursing, fall prevention represents one of its intervention fields. On a sample of 132 inpatients admitted in a medicine ward of a hospital in the north region of Portugal, it was checked the implementation, by nurses, of a fall protocol, their notes made in the nurses’ electronic record and researcher’s participant observation. Regarding fall risks 16,7% of inpatients (N=22) do not present any falling risk, 48,5% (N=64) present a low falling risk and 34,8% (N=46) present a high falling risk. From the statistical analysis, data results show non-conformities in the application of the fall protocol, namely in the application of the Morse Fall Scale and in planning and care provided for falls prevention. The results point out for a model in nursing clinical supervision that enhances the skills of nurses in preventing falls. This model should include individual and group sessions regarding practices of nursing clinical supervision that promote the critic and reflective thought and that stimulate nursing training and research in clinical practice for the excellency of caring.

Keywords: Clinical supervision in nursing; care quality; safety of care; falls; hospital.

Enquadramento teórico

A comunicação apresentada teve como finalidade divulgar o trabalho de investigação desenvolvido no âmbito do mestrado em supervisão clínica em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto, em parceria com o projeto C-S2AFECARE-Q. Esta palestra procurou informar e sensibilizar a comunidade científica sobre o papel ativo da supervisão clínica na qualidade e segurança dos cuidados, servindo-se de um dos indicadores da qualidade – quedas, para clarificar esta relação.

A gestão da qualidade assume um papel fundamental na área da saúde, sendo simultaneamente encarada como um elemento caracterizador e uma dimensão estruturante dos cuidados de saúde. A segurança dos doentes é uma das principais dimensões da qualidade, onde a gestão de risco se assume como uma medida fulcral para a sua garantia (Clancy 2013). A avaliação da qualidade tem por base indicadores que medem o desempenho das componentes de estrutura, de processo e de resultado, comparando-os aos padrões desejados (Brook 2009; Kötter et al. 2013).

As quedas representam um dos efeitos adversos mais frequente em contexto hospitalar, sendo a incidência de quedas um indicador da qualidade (Moura et al. 2009) e o risco de cair um diagnóstico de enfermagem monitorizado com recurso a escalas. A monitorização do risco de queda e a implementação de medidas preventivas permitem o controlo das quedas e a minimização das suas consequências (Quigley et al. 2009; Caldevilla e Costa 2009; Oliver, Healey e Haines 2010).

A identificação precoce dos riscos é a chave para a prevenção das lesões, no entanto, esta depende da existência de uma cultura de confiança, honestidade, integridade e comunicação aberta entre os doentes e os enfermeiros (Clancy 2013). Pela proximidade e pelo conhecimento sobre

os doentes, os enfermeiros são os profissionais de saúde de eleição para promover e garantir a segurança destes, com destaque para a prevenção de quedas (Nunes 2011; Clancy 2013; Tzeng e Yin 2013).

A supervisão clínica (SC) é uma estratégia de acompanhamento e desenvolvimento profissional promotor da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Hyrkäs e Lethi 2003), sendo essencial aos processos de acreditação das instituições (Abreu 2007). A supervisão clínica em enfermagem (SCE) fomenta a tomada de decisão autónoma do enfermeiro, com o recurso a processos de reflexão e a análise da prática clínica, procurando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados (RCN 2002; Currie, Morell e Scrivener 2003), sendo por isso uma ferramenta fundamental na prestação dos cuidados de enfermagem. A literatura é unânime ao considerar essencial a existência de uma cultura de segurança institucional que garanta o sucesso dos programas de prevenção de quedas, a qual inclui o envolvimento dos profissionais, adaptação do programa à prática profissional e suporte na implementação do programa (Quigley et al. 2009; Oliver, Healey e Haines 2010), fundamentos estes estruturantes do conceito de SCE.

Desenho do estudo

A população alvo incluiu doentes internados no serviço de medicina de um centro hospitalar da região norte de Portugal. A amostra foi definida com recurso a um método de amostragem não probabilístico de conveniência, com base nos critérios de inclusão: permanência no serviço por um período superior a 24 horas, internamento único durante o período de recolha de dados e não terem participado no pré-teste. Do total de doentes internados durante 10 de fevereiro e 9 de abril de 2012, 132 doentes obedeceram aos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Os instrumentos de colheita de dados foram desenvolvidos com base no protocolo de prevenção de quedas e na parametrização definida no sistema de registos de enfermagem - SAPE® (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) implementado no contexto em estudo.

Elaborou-se uma grelha de observação e um questionário de avaliação do risco de queda os quais foram alvo de um pré-teste para validar a sua estrutura, tendo sido garantida a sua validade e fidelidade.

A colheita de dados contemplou três procedimentos realizados no mesmo dia: preenchimento do questionário de avaliação do risco de queda pelo enfermeiro generalista responsável pelo doente; observação participante com o posterior preenchimento da grelha de observação de avaliação do risco de queda pelo investigador; recolha e análise documental de elementos do processo clínico informático (avaliação inicial de enfermagem e plano de cuidados).

Os dados recolhidos permitiram a construção de uma base de dados, tendo-se procedido ao tratamento estatístico dos mesmos com recurso à aplicação de procedimentos de estatística descritiva e indutiva.

Resultados

A amostra era constituída por indivíduos com uma média de idades situada nos 72,5 anos, com um desvio padrão (DP) \approx 13 anos, sendo 87 anos a idade mais frequente. O participante mais jovem tinha 25 anos de idade e o participante mais idoso 97 anos. Analisou-se a distri-

buição da amostra segundo o género e verificou-se um maior número de participantes do sexo masculino (N= 79; 59,8%).

Da aplicação de procedimentos de estatística descritiva e analítica emergiram um conjunto de resultados. Para compreender o significado dos resultados obtidos utilizou-se um modelo de análise com base nas áreas centrais contempladas no protocolo de quedas: protocolo na admissão, risco de queda na admissão, risco de queda durante o internamento e intervenções de enfermagem.

O **protocolo de prevenção de quedas** foi avaliado com recurso a estatística descritiva com base na análise comparativa das frequências absolutas e relativas, tendo-se concluído que este foi aplicado total e corretamente em 33,3% (N=44) dos doentes na admissão.

A avaliação da monitorização do **risco de queda na admissão (H1)**, foi realizada recorrendo à análise estatística bivariada com recurso ao teste de Mann Whitney (U=97,5), com nível de significância $p<0,0001$, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação do risco de queda atribuído pelo investigador e o registo efetuado pelos enfermeiros no processo clínico.

A monitorização do **risco de queda durante o internamento (H2)** foi estudada com recurso ao teste de Kruskal Wallis (H=33,7) com nível de significância $p<0,0001$. Localizou-se as diferenças através da aplicação do teste de Mann Whitney (U), tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas na aplicação da EQM entre os enfermeiros e o investigador (U=154, $p<0,0001$) e entre os registos efetuados no processo clínico e a avaliação feita pelo investigador (U=165, $p<0,0001$).

Por último estudou-se as **intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas (H3)**, aplicando o teste de Kuskal Wallis (H=33,7) com nível de significância $p<0,0001$. Localizou-se as diferenças com recurso ao teste de Mann Whitney (U), tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções selecionadas pelos enfermeiros e os respetivos registos (U=1353, $p<0,0001$), bem como entre as intervenções que o investigador selecionaria e os registos efetuados pelos enfermeiros (U=1370, $p<0,0001$) e entre as intervenções que seriam selecionadas pelo investigador e as que foram, de facto, selecionadas pelos enfermeiros (U=1695, $p<0,0001$). Desta forma verificou-se inconformidade entre o que os enfermeiros referem implementar, o que documentam e a execução dos cuidados.

Discussão

O objetivo deste estudo centrou-se na análise crítica de um indicador da qualidade dos cuidados de saúde, procurando-se compreender a prática desenvolvida pelos enfermeiros com o propósito de conhecer as necessidades dos doentes e desta forma identificar contributos para um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a segurança dos doentes na área da prevenção de quedas.

Os resultados evidenciaram inconformidades na implementação do protocolo de prevenção de quedas na aplicação da EQM na admissão, no internamento e na seleção de intervenções de enfermagem, sendo, por isso, um importante alerta para a necessidade de desenvolver um modelo de SCE que sensibilize, motive, apoie e prepare a equipa de enfermagem. Com esta reorganização da prática clínica, pretende-se otimizar as estratégias de prevenção de quedas,

identificando os fatores de risco modificáveis e implementando intervenções que os removam ou modifiquem (Cumble e Likosky 2011), de forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

A monitorização e a documentação desajustada do risco de queda comprometem não só a planificação e a continuidade dos cuidados, mas também a segurança e a qualidade dos mesmos. Para além disso, ocultam o trabalho de enfermagem desenvolvido, levantando questões sobre as causas que levam às inconformidades na implementação do protocolo de prevenção de quedas. Emerge a necessidade de investir na formação e acompanhamento dos enfermeiros do serviço para a implementação do protocolo. Deverá desenvolver-se nos enfermeiros o pensamento crítico-reflexivo e a capacidade de análise para proceder à colheita e interpretação dos dados, permitindo, desta forma, operacionalizar e integrar o protocolo na prática clínica e adaptá-lo às características individuais de cada doente (Schwendimann et al. 2008; Corsinovi et al. 2009).

Conclusões

Os resultados obtidos conduzem-nos à necessidade de desenvolver não só sessões individuais de SCE mas também sessões de SCE de grupo. Esta estratégia possibilita a exposição de dúvidas, a troca de experiências e a discussão de casos clínicos entre os membros da equipa de enfermagem, facilitando a sua aproximação e fomentando o trabalho em equipa. Esta coesão impulsiona os enfermeiros para a formação contínua e para a investigação, garantido o desenvolvimento da sua prática clínica com base na melhor evidência científica, recomendações essas corroboradas por Clancy (2013).

Estas conclusões apontam-nos para a necessidade envolver a equipa de enfermagem na reorganização do protocolo de prevenção de quedas de forma a integrá-lo eficazmente na sua prática clínica.

A evolução da ciência nos últimos anos colocou os cuidados de saúde no nível de complexidade que exige dos profissionais novas competências para que se garanta a sua qualidade. A SCE é referida por Edwards et al. (2006) como condição indispensável para a prestação de cuidados com qualidade. Esta exige a reflexão constante sobre a prática, expondo os objetivos intrínsecos à enfermagem e o delineamento das estratégias, com vista à reformulação dos métodos e técnicas que não se adequam, com benefícios para os doentes e suas famílias.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico – fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- BROOK, R. H. Assessing the appropriateness of care – it's time has come. *JAMA*. 2009, **302**(9), 997-998.
- CALDEVILLA, M. N. G. N. e COSTA, M. A. S. M. C. Quedas dos idosos em internamento hospitalar: que passos para a enfermagem?. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 2009, **19**, 25-28.
- CLANCY, C.M. Evidence-based toolkit helps organizations reduce patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*. 2013, **28**(3), 195-197.
- CORSINOVI, L. et al. Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009, **49**(1), 142-145.

- CUMBLER, E. e LIKOSKY, D. In-hospital falls: Evaluation and response. *Continuum (Minneapolis)*. 2011, **17**(5), 1063-1076.
- CURRIE, L., MORELL, C. e SCRIVENER, R. *Clinical governance: An RCN resource guide*. London: RCN, 2003.
- EDWARDS, D. et al. Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2006, **15**(8), 1007-1015.
- HYRKÁS, K. e LEHTI K. Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback. *Journal of Nursing Management*. 2003, **11**(3), 177-188.
- KÖTTER, T. et al. Involving patients in quality indicator development – a systematic review. *Patient Preference Adherence*. 2013, **7**, 259-268.
- QUIGLEY, P. A. et al. Reducing serious injury from falls in two veterans' hospital medical-surgical units. *Journal of Nursing Care Quality*. 2009, **24**(1), 33-41.
- MOURA, G. M. S. S. et al. Construção e implementação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009, **30**(1), 136-140.
- NUNES, L. Significar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Caminho estratégico de desenvolvimento. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2011, **38**, 90-95.
- OLIVER, D., HEALEY, F. e HAINES, T.P. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinical Geriatrics Medicine*. 2010, **26**(4), 645-692.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING. *Clinical supervision in the workplace – guidance for occupational health nurses*. London: RCN, 2002 [consultado dezembro 2011-janeiro 2012]. Disponível em: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/78523/001549.pdf
- SCHWENDIMANN, R. et al. Fall prevention in a Swiss acute care hospital setting: Reducing multiple falls. *Journal of Gerontological Nursing*. 2006, **32**(3), 13-22.
- TZENG, H. M. e YIN, C. Y. Frequently observed risk factors for fall-related injuries and effective preventive interventions: a multihospital survey of nurses' perceptions. *Journal of Nurse Care Quality*. 2013, **28**(2), 130-138.

Competências parentais na amamentação: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem

Laura Cruz

Centro Hospitalar de São João EPE, Enfermeira.

Contacto: **Laura Cruz** (lauramascruz@hotmail.com)

Resumo

A supervisão clínica em enfermagem apresenta-se como um processo indispensável para a implementação de práticas clínicas seguras e de qualidade. Este estudo teve por finalidade avaliar as competências parentais na amamentação, no sentido de propor contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem, que potencialize a segurança e a qualidade dos cuidados. Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo correlacional transversal, que permitiu a identificação de algumas variáveis determinantes do desenvolvimento das competências parentais na amamentação: o nível de escolaridade, o planeamento da gravidez, a preparação para a amamentação e o recurso a livros para obtenção de informação. Os resultados evidenciam que as mães apresentam défices nas competências parentais na amamentação. Relativamente aos cuidados de enfermagem verificou-se a existência de práticas que prejudicam o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na amamentação e contribuem para o seu abandono precoce: a iniciação tardia da amamentação, a introdução precoce do leite artificial, a falta de orientação e apoio na amamentação, por parte dos enfermeiros, no período pós-parto. A supervisão clínica contribui para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros, permitindo, desta forma, a melhoria generalizada das práticas e potenciando a habilitação, segurança, confiança e satisfação dos pais, no campo da amamentação.

Palavras-chave: Supervisão clínica; qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem; competências parentais; amamentação.

Abstract

Clinical Supervision in Nursing is presented as an essential process for implementation of clinical practice with safety and quality. This study aims to assess parental skills in breastfeeding, proposing contributions to a clinical supervision model that enhances the safety and quality of care. This is a quantitative with a descriptive, transverse and correlational design, which allowed the identification of some variables determinant for the development of parental breastfeeding skills: schooling level, pregnancy planning, breastfeeding empow-

erment and books usage for gathering information. The results show that mothers present a deficit in parental breastfeeding skills. Regarding nursing care, it was verified the existence of practices that jeopardize the development of knowledge and skills in breastfeeding and contribute to breastfeed early drop-out: breastfeeding late initiation, early introduction of artificial baby milk, lack of nurses' orientation and support regarding breastfeed in post-partum period. Clinical supervision contributes to the development of nurses' skills, thus allowing the generalized improvement of practices and enhancing parents' ability, safety, confidence and satisfaction in breastfeeding.

Keywords: Clinical supervision; quality and safety in nursing care; parental skills; breastfeeding.

Enquadramento teórico

A supervisão clínica em enfermagem assume-se na atualidade como um processo indispensável para o desenvolvimento das competências profissionais dos enfermeiros e melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

A amamentação constitui um indicador da qualidade de saúde da criança, da mãe e consequentemente dos cuidados de saúde perinatais. Apesar de todas as evidências científicas realçarem a importância da amamentação e dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de amamentação em Portugal, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado (Pinto 2008; Portugal 2012).

O enfermeiro tem uma elevada influência no processo da amamentação e por isso desempenha um papel fundamental na reversão desse quadro (Thulier e Mercer 2009).

A supervisão clínica pode constituir um meio para atingir este fim, proporcionando o suporte para o desenvolvimento de práticas promotoras do desenvolvimento das competências parentais na amamentação e consequentemente contribuir para o sucesso deste processo.

A supervisão clínica orienta para modelos de cuidados centrados nas mães e proporciona o desenvolvimento de características pessoais como a empatia, que são aspetos imprescindíveis para a prestação de cuidados de qualidade à mãe e ao recém-nascido, bem como para o sucesso da amamentação (Kirkham e Stapleton 2000; Lennox, Skinner e Foureur 2008).

O uso da SC como meio de desenvolvimento de cuidados de excelência, à mãe e ao recém-nascido, é prática corrente, na Nova Zelândia, Grã-Bretanha e Austrália (Lennox, Skinner e Foureur 2008). Em Portugal ainda não está implementada, mas pode constituir um meio para melhorar a qualidade do atendimento, a satisfação das mães e consequentemente o sucesso na amamentação.

Este estudo teve por finalidade avaliar as competências parentais na amamentação, no sentido de propor contributos para um modelo de SCE, que potencialize a segurança e a qualidade dos cuidados.

Metodologia

O tipo de estudo selecionado foi um estudo quantitativo descritivo correlacional transversal, que pretende descrever as competências parentais na amamentação e determinar a influência de diversos fatores no desenvolvimento dessas competências, num determinado momento.

Neste estudo recorreu-se a uma amostra não probabilística – acidental ou de conveniência. A amostra é constituída por 135 puérperas, que estiveram internadas no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Médio Ave – E.P.E., no período de 7 de fevereiro a 7 de abril de 2012.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um formulário designado por Instrumento de Avaliação das Competências Parentais (I_ACP) adaptado, o qual foi criado por Cardoso (2011), e adaptado ao contexto e objetivos do estudo. Este instrumento permitiu não só avaliar as competências parentais na amamentação, mas também determinar alguns fatores condicionantes do desenvolvimento dessas competências.

O tratamento de dados foi efetuado com o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) na versão 20.0.

Este trabalho de investigação teve em atenção todos os princípios éticos inerentes à investigação em enfermagem e assegurou os direitos das pessoas envolvidas, ao longo das várias fases do processo.

Análise dos resultados

A análise das características sociodemográficas da nossa amostra permite-nos concluir que a idade das mães que constituem a nossa amostra oscilou entre os 14 e os 40 anos, com uma média de idades de 30 anos e um desvio padrão de seis anos. No que se refere ao nível de escolaridade, 45% (n=61) das mães completaram o ensino básico, 37% (n=50) o ensino secundário e apenas 18% (n=24), o ensino superior.

Ao analisarmos a história obstétrica, verificamos que maioria das mães (57%; n=77) era primípara, 70% (n=94) planearam a gravidez e 98% (n=132) expressaram que a gravidez foi desejada. Relativamente ao acompanhamento por parte da enfermeira, durante as consultas de vigilância da gravidez, 77% (n=104) das mães referiram ter usufruído do mesmo, no entanto apenas 37% (n=50) assistiram a sessões preparação para a amamentação.

Neste estudo, as principais fontes de informação a que as mães recorreram para adquirir conhecimentos, habilidades e esclarecer dúvidas sobre o processo de amamentação foram os livros (61%; n=83), os enfermeiros (41%; n=55) e a *internet* (40%; n=54).

No presente estudo a totalidade das mães da nossa amostra (n=135) demonstrou intenção de amamentar, mas apenas 66% (n= 89) se encontravam a fazer amamentação exclusiva.

No que concerne aos cuidados de enfermagem, apenas 67% (n=91) das mães referiram que tiveram a possibilidade de amamentar imediatamente após o nascimento, 43% (n=58) das mães declararam que os enfermeiros não falaram com elas sobre a amamentação e 45% (n=61) expressaram que os enfermeiros não negociaram com elas o processo da amamentação.

As competências parentais na amamentação abarcam os conhecimentos e as habilidades das mães referentes a este processo. Tendo em conta a totalidade dos conhecimentos e das habilidades verificamos que: 7% (n=9) das mães apresentaram competências parentais na amamentação muito fracas; 26% (n=31) fracas; 36% (n= 44) razoáveis; 21% (n=26) boas e 9% (n=11) muito boas.

Através da realização dos testes estatísticos foi possível ainda identificar algumas relações entre as variáveis em estudo. Assim, relativamente à escolaridade, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas no nível de competências parentais na amamen-

tação entre as mães com maior nível de escolaridade e as mães com menor nível ($p < 0,001$). Constatando-se que as mães com melhores competências são aquelas que têm níveis de escolaridade mais elevados.

Já no que concerne ao planejamento da gravidez verificou-se que existe uma associação estatisticamente significativa ($p = 0,019$) entre esta variável e o nível de competências parentais na amamentação. Observando-se que as mães que planejaram a gravidez têm mais competências parentais na amamentação.

Ao analisarmos a relação entre as variáveis preparação para a amamentação e o nível de competências parentais, verificamos que existiam diferenças estatisticamente significativas no nível de competências parentais, na amamentação, entre as mães que frequentaram sessões de preparação para a amamentação e as que não frequentaram ($p < 0,001$). Observando-se que as mães que frequentaram essas sessões têm mais competências.

Relativamente à relação entre a fonte de informação a que a mãe recorre durante a gravidez e o desenvolvimento de competências parentais na amamentação, verificou-se uma relação estatisticamente significativa ($p = 0,042$) entre o recurso a livros e o desenvolvimento de competências parentais na amamentação, observando-se que as mães que recorrem a livros para obter informação têm mais competências parentais.

Discussão

Neste estudo verificou-se que as mães com maior nível de escolaridade apresentaram mais competências parentais. Esta relação é descrita pela literatura e evidenciada em vários estudos, tais como os realizados por Forster, Maclachlan e Lumley (2006); Caldeira, Moreira e Pinto (2007); Zhou, Younger e Kearney (2010).

A intenção e o desejo de engravidar são considerados por vários autores (Taylor e Cabral 2002; Forster, Maclachlan e Lumley 2006; Thulier e Mercer 2009), como fatores determinantes no sucesso da amamentação. Neste estudo, para além de se ter observado uma percentagem significativa de mães (70%) que planejaram a gravidez, também se verificou que existe relação estatisticamente significativa entre o planejamento desta e o desenvolvimento de competências parentais. Constatando-se ainda que as mães que planejaram a gravidez têm mais competências parentais na amamentação. O planejamento da gravidez apresenta-se assim como um fator potenciador da amamentação, tal como foi referido por Ying (2010).

Relativamente à frequência de sessões de preparação para a amamentação e apesar de apenas 37% das mães as terem frequentado, verificou-se que a preparação para a amamentação contribuiu para o desenvolvimento de competências neste domínio. Também a literatura (Tarkka, Paunonen e Laippala 1999; Rubin 1975 cit. por Mercer 2004) e os estudos realizados por Sarafana et al. (2006) e Deave, Johnson e Ingram (2008) realçam esta relação.

No que se refere aos cuidados de enfermagem, neste estudo, verificamos que apenas 67% das mães amamentaram na sala de partos, percentagem claramente inferior à apresentada no estudo realizado por Galvão (2006), onde 93,7% dos recém-nascidos foram amamentados na primeira meia hora após o nascimento. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento, constitui uma das medidas de sucesso do aleitamento materno definidas pela UNICEF/OMS (Levy e Bértolo 2008). O início precoce da amamentação estimula

a produção de leite materno (WHO 2010c), tem um impacto positivo na duração da amamentação exclusiva (Pérez et al. 1994) e facilita a ligação emocional da mãe e do filho (Klaus 2007). De acordo com Galvão (2006) e Carneiro e Galvão (2012), a amamentação precoce influencia o aparecimento de dificuldades, o envolvimento, a satisfação materna e a duração da amamentação. Também no que se refere ao tipo de aleitamento realizado pelas mães, constatou-se que apenas 66% destas se encontravam a fazer amamentação exclusiva, o que fica aquém dos dados apresentados no relatório sobre o aleitamento materno em Portugal, referente aos anos de 2010 e 2011, que apresenta uma percentagem de aleitamento materno exclusivo de 72,5%, até ao momento da alta hospitalar. A introdução precoce de leite artificial continua a ser uma prática frequente; pelo que é necessário orientar os enfermeiros para o prejuízo da mesma, na implementação e manutenção da amamentação (Sarafana et al. 2006; Caldeira, Moreira e Pinto, 2007; Bolton et al. 2009; Observatório do Aleitamento Materno 2012).

Neste estudo apenas 57% das mães declararam ter falado com o enfermeiro do puerpério sobre a amamentação e somente 55% tiveram a oportunidade de negociar com ele o referido processo. Resultados idênticos foram obtidos no estudo realizado por Giugliani et al. (1995), onde praticamente metade das mães afirmaram não ter recebido orientação sobre a amamentação na maternidade, após o nascimento do filho, bem como num estudo realizado por Hall e Hauck (2007) onde as mães relatam falta de apoio por parte dos enfermeiros e a existência de conselhos conflitantes e inúteis. A orientação das mães sobre a amamentação no período pós-parto aumenta os seus conhecimentos sobre o assunto e, conseqüentemente, a prevalência dessa prática por um período mais longo (Giugliani et al. 2000; Galvão 2006). As mães necessitam de orientação e apoio congruente, sensível, eficaz e salutar para que vivenciem esta experiência com sucesso (Nelson 2007).

Relativamente aos conhecimentos sobre a amamentação, neste estudo verificou-se que as mães têm défices de conhecimentos sobre as características do colostro e do leite, o que as leva, a frequentemente considerarem o seu leite fraco ou de má qualidade. Galvão (2006) refere que a maioria dos desmames ocorre por as mães considerarem que têm pouco leite e que este é fraco. A produção insuficiente de leite deve-se na maioria dos casos a dificuldades técnicas e à inadequada gestão do processo de amamentação (Thulier e Mercer 2009).

As mães não demonstraram igualmente conhecimentos sobre: sinais de ingestão nutricional suficiente, critérios para decidir quando oferecer uma ou as duas mamas, aumento de peso adequado do filho e medidas que estimulam ou comprometem a lactação. Isto contribuiu para uma gestão inadequada do processo de amamentação, conduzindo à perceção errónea da incapacidade para suprir as necessidades nutricionais do filho por hipó ou agalactia (Sandes et al. 2007; Natal e Martins 2011) e contribuiu para a introdução precoce do leite adaptado (Sarafana et al. 2006; Thulier e Mercer 2009).

No que se refere às habilidades, as maiores dificuldades apresentadas pelas mães foram: a interrupção da sucção antes de retirar o filho da mama, a adoção de medidas adequadas de higiene das mamas, a identificação de sinais de ingurgitamento mamário e a implementação de medidas de alívio do mesmo. Esta situação contribuiu para que os problemas inerentes à amamentação se instalem mais facilmente e se tornem verdadeiros obstáculos à manutenção da mesma (Osório e Queiroz 2007; Carvalhães, Parada e Costa 2007; Araújo et al. 2008; Thulier e Mercer 2009; Fujimori 2010).

Uma vez que as competências parentais na amamentação englobam os conhecimentos e as habilidades das mães relativos a este processo, este estudo permite-nos concluir que globalmente as mães apresentam poucas competências parentais na amamentação, o que poderá constituir um fator potenciador do abandono precoce deste processo. Resultados semelhantes foram obtidos por Deave, Johnson e Ingram num estudo realizado em 2008, onde se concluiu que na generalidade os pais estavam mal preparados para a paternidade e existia a necessidade de melhorar as suas competências parentais através da educação pré-natal, onde o enfermeiro assume um papel fundamental. Os cuidados de enfermagem apresentam-se assim como imprescindíveis para o aumento das competências parentais na amamentação e para o sucesso da mesma (Azevedo 2007).

Conclusão

A qualidade dos cuidados constitui um desiderato dos profissionais de saúde em geral e em particular dos enfermeiros. No que se refere aos cuidados de saúde infantil, a promoção, proteção e o suporte à amamentação, constituem uma prioridade dos cuidados de enfermagem.

A amamentação exclusiva da criança até aos seis meses de idade apresenta-se como uma meta preconizada pela UNICEF/OMS, mas também como um indicador da qualidade da alimentação infantil.

O sucesso da amamentação é determinado por uma multiplicidade de fatores, desde condições maternas, práticas hospitalares, fatores obstétricos, entre outros.

As competências parentais na amamentação são determinantes na adesão e manutenção deste processo e o desenvolvimento das mesmas constitui um foco de atenção para os enfermeiros. Este estudo permitiu-nos identificar algumas variáveis determinantes do desenvolvimento das competências parentais na amamentação, tais como: o nível de escolaridade, o planeamento da gravidez, a preparação para a amamentação e o recurso a livros para obtenção de informação. A identificação destes fatores é fundamental na orientação e planeamento de intervenções de enfermagem que promovam e prolonguem experiências de amamentação de sucesso.

No presente estudo foi ainda possível avaliar as competências parentais relativas à amamentação e identificar as necessidades em termos de conhecimentos e habilidades das mães relativamente a este processo.

De uma forma geral, as mães apresentam défice de competências parentais na amamentação, o que poderá constituir um fator potenciador do abandono precoce deste processo.

O enfermeiro assume um papel fundamental no desenvolvimento das competências parentais na amamentação, proporcionando informação, educação, treino de habilidades e suporte. Ele constitui ainda uma das principais fontes de informação, a que as mães recorrem para obter conhecimentos, habilidades e esclarecer dúvidas sobre o processo de amamentação. Neste estudo, não se verificou diferenças estatisticamente significativas no nível de competências parentais na amamentação, entre as mães que recorreram aos enfermeiros para obter informação e ajuda na amamentação e as que não recorreram, situação que impõe a necessidade de reflexão sobre as intervenções de educação para a saúde realizadas pelos en-

fermeiros. Identificaram-se ainda algumas práticas desfavoráveis à implementação e manutenção da amamentação, como: a iniciação tardia da amamentação, a introdução precoce do leite artificial, a falta de orientação e apoio no período pós-parto. Estes fatores prejudicam o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na amamentação e contribuem para o desmame precoce.

Os resultados obtidos neste estudo revelam a necessidade de questionar práticas, procedimentos e atitudes, com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança do atendimento prestado às mães e recém-nascidos.

A SC, como processo promotor do desenvolvimento da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, pode constituir um meio para a implementação de práticas baseadas na evidência, que aumentem a qualidade do atendimento, a satisfação das mães e consequentemente o sucesso na amamentação.

Assim consideramos possível melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados às mães e recém-nascidos através da implementação de um modelo de SC.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, O. et al. Aleitamento materno: Fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2008, **61**(4), 488-492.
- AZEVEDO, M. *Cuidar da mãe e do filho: Contributos dos cuidados de enfermagem nos primeiros dias após o nascimento*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2007.
- BOLTON, T. et al. Characteristics associated with longer breastfeeding duration: an analysis of a peer counseling support program. *Journal of Human Lactation*. 2009, **25**(1), 18-27.
- CALDEIRA, T., MOREIRA, P. e PINTO, E. Aleitamento materno: Estudo dos fatores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 2007, **23**, 685-699.
- CARDOSO, A. Tornar-se mãe, tornar-se pai: Estudo sobre a avaliação das competências parentais [documento policopiado]. Tese de Doutoramento, Porto, 2011.
- CARVALHÃES, M., PARADA, C. e COSTA, M. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007, **15**(1), 62-69.
- CARNEIRO, P. e GALVÃO, D. Aleitamento Materno no Concelho de Portimão aos 6 meses de vida do bebé: Fatores Condicionantes. *Nursing*. 2012, **277**, 8-12.
- DEAVE, T., JOHNSON, D. e INGRAM, J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008, **8**(30) [consultado 15 junho 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2519055/>
- DEWAN, N. et al. Breast-feeding knowledge and attitudes of teenage mothers in Liverpool. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2002, **15**(1), 33-37.
- FORSTER, D., MACLACHLAN, H. e LUMLEY, J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Breastfeed Journal*. 2006, **18**(1) [consultado 10 janeiro 2012]. Disponível em: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/18.Factorsassociatedwithbreastfeedingatsixmonthspostpartuminagr1:18>
- FUJIMORI, E. et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Interface*. 2010, **14**(33), 315-327.
- GALVÃO, D. *Amamentação bem-sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência, 2006.

GIUGLIANI, E. et al. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. *Jornal de Pediatria*. 1995, **71**(2), 77-81.

GIUGLIANI, E. et al. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *Revista Chilena de Pediatria*. 2000, **71**(5) [consultado 13 Junho 2012]. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41062000000500017&sc_ript=sci_arttext

HALL, W. e HAUCK, Y. Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*. 2007, **44**(5), 786-795.

KLAUS, M. Mother and infant: Early emotional ties. *Pediatrics*. 1998, **102**(5 Suppl E), 1244-1246.

KIRKHAM, M. e STAPLETON, H. Midwives' support needs as childbirth changes. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, **32**(2), 465-472.

LENNOX, S., SKINNER, J. e FOUREUR, M. Mentorship, preceptorship and clinical supervision: three key processes for supporting midwives. *New Zealand College of Midwives Journal*. 2008, **39**, 7-12.

LEVY, L. e BÉRTOLO H. *Manual do Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2008.

MERCER, R. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. 2004, **36**(3), 226-232.

NATAL, S. e MARTINS, R. Aleitamento materno: O porquê do abandono. *Millenium*. 2011, **40**, 39-51.

NELSON, A. Maternal-newborn nurses experiences of inconsistent professional breastfeeding support. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, **60**(1), 29-38.

OSORIO, C. e QUEIROZ, A. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: Teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. *Revista de Enfermagem*. 2007, **11**(2), 261-267.

PÉREZ, R. et al. Infant-feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success - an analytical overview. *American Journal of Public Health*. 1994, **84**(1), 89-97.

PINTO, T. Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno na comunidade: Revisão das estratégias no período pré-natal e após a alta. *Arquivos de Medicina*. 2008, **22**(2-3), 57-68.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - Anuário Estatístico de Portugal. *Destaque*, janeiro 2012 [consultado 8 junho 2012]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. *Observatório do aleitamento materno. Registo do Aleitamento Materno: Relatório julho 2010 - junho 2011, 2012* [consult. 19 maio. 2012]. Disponível em: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016988.pdf

SANDES, A. et al. Aleitamento Materno: prevalência e factores condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*. II série, maio/junho 2007, **20**(3), 193-200.

SARAFANA, S. et al. Aleitamento materno: Evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2006, **37**, 9-14.

TARKKA, M., PAUNONEN, M. e LAIPPALA, P. Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, **29**(1), 113-118.

TAYLOR, J. e CABRAL, H. Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? *Journal of Family Practice*. 2002, **51**(5), 431-436.

THULIER, D. e MERCER, J. Variables associated with breastfeeding duration. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2009, **38**(3), 259-268.

TOKUMARU, R. et al. Diferenças no investimento materno em função de variáveis socioambientais. *Estudos de Psicologia*. 2011, **16**(1), 49-55.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3: Country profiles. *WHO Global Report*. Geneva: WHO, 2010 [Consultado 6 novembro 2011]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599757_eng.pdf

YING, L. Breastfeeding Intention Among Pregnant Hong Kong Chinese Women. *Maternal and Child Health Journal*. 2010, **14**(5), 790-798.

ZHOU, Q., YOUNGER, K. e KEARNEY, J. An exploration of the knowledge and attitudes towards breastfeeding among a sample of Chinese mothers in Ireland. *BMC Public Health*, 2010, vol. 10, 722 [consultado 8 junho 2012]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/722>

Supervisão clínica e acreditação da qualidade

Carla Pinho

ACES Feira/Arouca – Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, Enfermeira.

Doutorada em Didática e Formação: Ramo de Supervisão

Contacto: **Carla Pinho** (carla.pinho@ua.pt)

Resumo

Hoje, a supervisão clínica em enfermagem (SCE), é reconhecida como uma ferramenta de eleição para a promoção da excelência clínica, na medida em que conjuga no mesmo espaço e no mesmo tempo formação, suporte, segurança dos cuidados e melhoria contínua. As questões de qualidade estão cada vez mais presentes em diversos setores da sociedade atual, em particular, no da saúde. O reconhecimento das questões de qualidade tem-se mostrado um fator importante para os hospitais e, por isso, assistimos em número crescente à adesão a processos de acreditação com base na adoção de modelos de qualidade reconhecidos internacionalmente. A promoção da qualidade na área da saúde assenta fundamentalmente em três dimensões: o contexto de assistência, os utentes, e o profissional produtor de cuidados, nomeadamente o enfermeiro. Esta última dimensão é aquela que maior questionamento tem gerado, pelo seu papel decisivo na implementação e ascensão de todo este processo de qualidade. Estes dois eixos encontram-se associados a outros dois: a formação e os modos de socialização. São estes a base de sustentação da SCE, processo reconhecido como similar ao coaching abordado por outras classes profissionais. O estudo de caso apresentado teve como objetivo geral, analisar as principais dimensões a considerar num processo de supervisão e formação para a avaliação e acreditação da qualidade numa instituição hospitalar, numa perspetiva ecológica. Os resultados obtidos permitiram caracterizar quatro dimensões e, a partir destas compreendeu-se que a acreditação deve ser um processo contínuo e documentado da análise das atividades de enfermagem, visando a realização de mudanças nos processos de gestão, na orientação das atividades de aperfeiçoamento dos recursos humanos, na pesquisa de respostas às dificuldades no ato de cuidar enfrentadas e identificadas, e nas atividades administrativas ligadas às modificações de processos assistenciais e de gestão.

Palavras-chave: Qualidade em saúde; supervisão clínica em enfermagem; formação em contexto de trabalho; modos de socialização; *coaching*.

Abstract

Today, clinical supervision in nursing (CSN) is recognized as a main tool for promoting clinical excellence, and it combines in the same space, at the same time, training, support, care, safety and constant improvement. Nowadays quality issues are increasingly present in dif-

ferent sectors of society, particularly in health. The recognition of quality issues has been an important factor for hospitals and, therefore, there has been growing numbers of accreditation processes based on the adoption of internationally recognized quality models. The promotion of quality in health is based on three dimensions: the context of assistance users and care providers including nurses. This latter dimension has generated greater challenge for their decisive role in the implementation of the whole quality process. These two axes are related to others: training and socialization. These are CSN process' basic support and is recognized as similar as coaching approaches in other professional classes. The case study research aims to analyze the main aspects to attend in a supervision and training for quality assessment and accreditation in a hospital, in an ecological perspective. The results obtained allowed the identification of four dimensions and from those it was understood that accreditation should be a continuous and documented process for analysis of nursing activities aimed to achieve changes in management processes, in guiding improvement activities of human resources, in search of answers faced and identified difficulties in caring, and administrative activities related to changes in care processes and management.

Keywords: Health quality; clinical supervision in nursing; training; ways of socialization; coaching.

Enquadramento / Fundamentação teórica

Nos últimos anos da década de noventa do século XX os estudos na área da SCE, conceito em divulgação e desenvolvimento no contexto português, têm suscitado curiosidade. A SCE é percebida como um processo de acompanhamento das práticas e competências clínicas destes profissionais, dos seus trajetos de formação e acompanhamento psicológico no contexto de trabalho, numa ótica de promoção de qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Abreu e Maia (2003, p. 8) definem SCE como 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/clientes e o aumento da satisfação profissional”.

A supervisão das práticas clínicas, fundamental e decisiva para a melhoria dos cuidados, pode ser o pilar para o papel da promoção da qualidade em saúde assumido pelos profissionais, sendo já uma referência expressa em contexto de acreditação da qualidade. Como sublinha Berwick (1996) a complexidade dos processos de melhoria da qualidade em saúde reside na necessidade dos profissionais deverem ser capazes de comunicar o que pretendem fazer, como podem avaliar o impacto das medidas e que mudanças devem implementar.

A qualidade numa instituição de saúde reflete-se na adequação e no nível dos cuidados prestados, assim como se encontra interligada com as condições de trabalho dos seus profissionais e de atendimento aos utentes e ainda com os níveis gerais e específicos da segurança dos seus edifícios e equipamentos. A má qualidade tem implicações para os utentes, profissionais de saúde e significa mais custos (Rocha 2006).

Entre as metodologias da qualidade, a acreditação de hospitais, específica da saúde, tem vindo a despertar cada vez maior interesse público. Em termos genéricos, pode dizer-se que acreditação é o reconhecimento, formal e periódico, por uma entidade externa, com autoridade pública para o efeito, da competência de um hospital para cumprir as suas funções, através da con-

formidade com um conjunto de normas de qualidade previamente definidas. Tais normas têm passado com o tempo de uma preocupação mínima com a estrutura, para uma preocupação abrangendo a estrutura e os processos e caminham agora decididamente para os resultados.

A acreditação implica, assim, a criação de padrões a serem seguidos pelos profissionais na prestação de cuidados. Segundo Donabedian (1980), o objetivo da avaliação da qualidade em saúde é determinar o grau de sucesso das profissões de saúde em se autogerirem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência. Por outro lado, o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detetados e corrigidos.

Refletir sobre estas temáticas e estabelecer um cruzamento entre estratégias empresariais assumidas (exemplo *coaching*) com aquelas que preconizamos foi o grande objetivo desta comunicação.

Metodologia

Problemática e objetivo: Parte do estudo apresentado, base de um trabalho de doutoramento, tem como problemática central a observação e análise das modalidades assumidas pelas estratégias de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros, num contexto de promoção da qualidade e acreditação.

Tipo de estudo: Em conformidade com a problemática adotou-se o método de investigação qualitativo e o modo escolhido foi o estudo de caso (Yin 2005).

Instrumentos de recolha de dados: A recolha de dados fez-se através de uma abordagem multi método, com recurso à observação participante, às entrevistas, ao questionário (*Clinical Supervision in Nursing Inventory - Versão 1 (CSNI-V1)*) e à observação documental, numa amostra constituída por um grupo de 62 enfermeiros de um serviço constituído por seis alas de um Hospital EPE, selecionado previamente por este para a realização do estudo.

Procedimentos: A recolha dos dados foi feita em diferentes fases. Numa primeira fase procedeu-se à observação participante e documental. Numa segunda fase, após a aplicação e tratamento dos dados do questionário e triangulando-os com os dados da observação participante e documental, construíram-se os guiões das entrevistas semiestruturadas e procedeu-se à sua realização a um grupo pré-selecionado de enfermeiros. Numa terceira fase, e após análise de tudo e cerca de ano e meio depois do início da recolha dos dados, realizaram-se as entrevistas aos dirigentes.

Resultados e Discussão

Caracterização da instituição e dos atores

Em relação à amostra selecionada, trata-se de um grupo profissional jovem, tendo o elemento mais novo 21 anos e o mais velho 47 anos, situando-se 50,0% dos enfermeiros no intervalo de idade de [25, 28], com uma média de aproximadamente 28 anos. A maioria dos respondentes são do género feminino (75,8%). Em relação ao tempo de serviço do exercício profissional o intervalo de experiência em anos vai de zero anos a 24 anos, situando-se a maior percentagem (89,7%) no intervalo de [0, 6] anos.

Dinâmicas supervisivas

A prática de cuidados de enfermagem é complexa e, apesar de autónoma, conflui o seu saber com outras disciplinas científicas. Durante o tempo de observação verificou-se que o trabalho de enfermagem é centrado no cliente e na família, com o desenvolvimento de um modelo de cuidados misto, onde confluem os modelos de cuidados de enfermagem individuais, de equipa e com enfermeiro de referência.

Os contextos em que se desenvolvem os processos de supervisão clínica em enfermagem e a formação são os principais influenciadores de todo o processo.

O processo de integração é hoje visto pelos profissionais de saúde como sendo multiespacial e pluridimensional (Ribeiro 2004). Este conceito de multiespacialidade encontra-se contextualizado nesta realidade uma vez que a equipa estudada era constituída por enfermeiros de diferentes nacionalidades, como se observou durante o tempo passado no campo. Associado a este facto temos conhecimento que grande parte destes enfermeiros teve a sua integração numa altura em que o hospital estava a abrir e por isso foi uma integração a diversos níveis. Talvez por esta razão se verifique que, de uma maneira geral, a maioria dos inquiridos não identifica programas específicos de integração quer institucional (71,0%), quer no serviço (69,4 %).

A SCE não é, na sua essência, um processo novo, pelo menos se nos remetermos à abordagem conceptual. Desde os anos cinquenta que Peplau sublinhava a sua relevância para a qualidade do exercício e integridade emocional do cuidador. Eventualmente por esta razão, quando inquiridos sobre a relevância da SCE no contexto profissional, há uma tendência para a sua desvalorização na medida em que não se percebe conceptualmente uma ligação entre os processos (SCE e a qualidade).

Daí que, neste momento, e terminado o considerado período de integração para a quase totalidade dos inquiridos, 46,8% refere que o acompanhamento disponibilizado pelo serviço para as suas práticas é feito entre eles (ou seja, na equipa). Durante a integração a pessoa que os respondentes identificam como supervisora incidiu a sua orientação na qualidade dos cuidados (22,7%) e nos protocolos de atuação (19,4%).

O supervisor, na perspetiva dos respondentes, é representado como alguém que (deve) ajuda(r), qualquer que seja a área (cuidados diretos, organização ou gestão de situações, tomadas de decisão, entre outros), de forma positiva ou negativa.

O papel do supervisor é reconhecido fundamentalmente à enfermeira chefe. A não diferenciação entre o supervisor clínico e o supervisor administrativo é um problema que tem vindo a ser identificado por alguns investigadores em Portugal, como é exemplo Garrido (no seu estudo em 2005).

Qualidade em saúde

Pela observação efetuada, sob o ponto de vista da organização, o objetivo nuclear da estratégia de melhoria contínua da qualidade, é o de assegurar a conformidade e a atualização dos *standards* clínicos e não clínicos.

A sua concretização assenta na existência e na interação de um conjunto de órgãos, comissões, grupos de trabalho que são, na génese, os responsáveis pela implementação das políticas, procedimentos e ações dela decorrentes e que vão assegurando o seu sucesso.

Observou-se, ainda, que o exercício profissional dos enfermeiros (e dos outros profissionais) foi-se tornando mais visível. É de salientar que os padrões de qualidade formulados pela Ordem dos Enfermeiros, em 2001, assumiram um papel relevante no seio destas instituições, pois foram definidos elementos importantes para a organização dos cuidados de enfermagem.

Face às dimensões até então retratadas tornou-se fundamental compreender o que pensavam os atores sobre o conceito de qualidade. Pelas entrevistas realizadas compreendemos que este é trabalhado dentro de uma abordagem dialética e é visto como uma construção contínua no quotidiano: 'racionalização da assistência, bom produto final, consistente processo de assistência e satisfação profissional'.

Os atores presentes no estudo, conscientes ou não, da função que desempenham neste projeto, enquadram-se num contexto importante de avaliação e medição da qualidade institucional e desempenham o papel principal na contínua melhoria do sistema, ao combinarem os conceitos de estrutura e processo dentro do sistema de que fazem parte (Berwick et al. 1990).

Práticas formativas

Para o grupo de enfermeiros em estudo a formação encontra-se associada a aprendizagem, sendo uma estrutura dinâmica. Quanto à tipologia dividem-na em formação no serviço (diária) e formação em serviço (formação em sala).

Em relação às práticas formativas deram exemplos de momentos que consideram importantes para o seu desenvolvimento profissional. Quando lhes foi pedido que dessem exemplos de momentos de formação que tiveram mais impacto, identificaram quatro, onde duas são as ditas formais, e as restantes as ditas informais e não formais: (a) formações programadas em serviço; (b) cursos em sala de aula; (c) passagens de turno; e, (d) conversas Informais.

As formações ditas formais são o tipo de formações geralmente referenciado como um momento importante de formação. É compreensível este tipo de atenção dada, uma vez que é a formação mais convencional e aquela em que é mais fácil controlar a informação a dar, devido ao planeamento prévio permitido.

No entanto, hoje, cada vez mais se começa a dar importância às formações informais e não formais, reconhecidas também por este grupo de atores, e onde os processos supervisivos poderão estar mais presentes e serem mais efetivos.

Processos de socialização

Os processos de socialização, neste contexto, foram uma dimensão que emergiu do estudo após evidenciar a sua importância. Como já referimos anteriormente, cabe à enfermeira chefe conduzir o grupo assumindo uma dualidade de papéis: líder e supervisora. E é nesta dualidade que gere as relações interpessoais neste contexto existentes.

Nestes processos foram identificadas algumas estratégias, tais como, a mediação do conflito, a condução da comunicação como meio para a mudança de atitudes, a introdução da mudança

(organizacional), e a reflexão conjunta, que para além das habitualmente utilizadas (motivação...) permitiram à equipa integrar-se mais e melhor nos processos de implementação de um modelo de qualidade.

Estas estratégias encontram-se valorizadas no plano do *coaching* empresarial e que nós muitas vezes valorizamos menos nas nossas práticas.

Considerações finais

Com a análise dos resultados aqui apresentados conclui-se que qualidade em saúde para os respondentes é a qualidade dos cuidados que praticam, ficando de lado a associação de qualidade aos padrões de gestão, e por isso, ao não reconhecimento da sua participação ativa e direta na construção de uma política de qualidade. Conforme referimos, apenas alguns elementos são envolvidos no processo de gestão de qualidade diretamente, e esta seleção parece estar mais baseada na relação de confiança existente entre os dirigentes e estes e não necessariamente na formação e competência.

A figura do supervisor é associada à enfermeira chefe que acumulando funções acaba por assumir este papel, suportando-se na informação fornecida aos elementos da equipa, e não tanto no tempo que tem para a observação direta dos enfermeiros.

Por outro lado, o contexto clínico, associado às relações interpessoais valorizadas pelos atores, privilegia as passagens de turno e conversas informais como momentos de formação, no nosso entender, ainda pouco trabalhados no sentido de trazer mais e melhores benefícios para o desempenho da equipa, pelo que seria uma boa opção explorá-los melhor, desenvolvendo, por exemplo, os processos supervisivos dos mesmos.

Podemos verificar, ainda, que existe um forte empenho da instituição na melhoria contínua, mas uma fraca participação dos profissionais no processo da qualidade, dada as características da SCE e as suas diversas vertentes podem-se enquadrar numa lógica de evolução da certificação da ISO 9001:2008.

Embora não exista um sistema de SCE, tal como é definido na comunidade científica, as diversas vertentes estavam presentes, e haveria toda a vantagem em enquadrá-lo dentro do processo global de gestão da qualidade, para as escolas havia toda a vantagem em docentes, alunos e tutores dominarem a natureza da gestão dos sistemas de qualidade, modelo integrado SCE e acompanhamento de alunos.

No nosso entender, a instituição teria benefícios em evoluir para a ISO 9001:2008, uma vez que nesta conseguimos respeitar a cultura organizacional da instituição hospitalar e integrar a supervisão clínica como uma ferramenta indispensável a todo o processo. Não precisaria, por esta, de deixar cair todo a dinâmica implementada até agora, apenas procederia a um ajuste.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?*. Coleção Cadernos Sinais Vitais. Coimbra: Editora Formasau, 2003.
- ABREU, W. e MAIA, P. *Supervisão clínica em enfermagem: Uma abordagem centrada na reflexão, formação e qualidade das práticas. Relatório – Síntese do projeto de intervenção*. Porto: Hospital Pedro Hispano (ULSM), 2003.
- BERWICK, D.M. A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal*. 1996, 312, 619-22.
- BERWICK, D. M. Quality comes home. *Annals of Internal Medicine*. 1995, 125, 839-843.
- BRONFENBRENNER, U. *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. 2.^a edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
- DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. *Science* 200, 1980.
- GLEZERMAN, M. e WITZNITZER, I. A model of efficient and continuous quality improvement in a clinical setting. *International Journal for Quality in Health Care*. 1999, vol. II, 3, 227-232.
- IOM [Instituto de Medicina dos Estados Unidos]. *IOM Definition of Quality*. EUA, 1990.
- MELEIS, A. et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 2000, 23(1), 12-28.
- MELEIS, A. e CHICK, N. *Transitions: A nursing concern*. In: P. L. CHINN, ed. *Nursing research methodology*. San Francisco: School of Nursing Departmental Papers, University of California, 1986, pp. 237-257.
- MOLLIN, M. *Delivering Excellence in Health and Social Care*. Bucking: Open University Press, 2003.
- PEPLAU, H. *Interpersonal Relations in nursing*. 2.^a ed. Basingstoke: Macmillan, 1988.
- ROCHA, J. A. O. *Gestão da qualidade – Aplicações aos Serviços Públicos*. Lisboa: Escolar Editora, 2006.
- YIN, R. *Case study research – design and methods*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc., 1991.

Certificação de competências e acreditação de contextos

Olga Fernandes

*Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora. Doutorada em Ciências da Educação.
Contacto: **Olga Fernandes** (olgafernandes@esenf.pt)*

Resumo

A certificação de competências profissionais em contextos clínicos com idoneidade formativa acreditada tem sido discutida em Portugal desde 2009, no âmbito do modelo de desenvolvimento profissional, proposto pela Ordem dos Enfermeiros. O Projeto [C-S2SAFECARE] apresentado neste congresso aposta no valor da dinâmica da supervisão clínica assumindo neste projeto que os enfermeiros das unidades de saúde, onde está a ser implementado, participem e demonstrem o desenvolvimento da qualidade dos cuidados, através da competência, com consequente melhoria efetiva de um conjunto de indicadores em saúde, utilizados pela instituição e que constituem referenciais da qualidade para a Direção Geral da Saúde em Portugal. Para o efeito propôs como método o acompanhamento das práticas clínicas por supervisores que designa por supervisão clínica de pares. Aborda-se, do ponto de vista da literatura, os argumentos que validem a relação entre a certificação de competências profissionais e o benefício decorrente do facto de esta certificação suceder em contextos clínicos com idoneidade formativa acreditada.

Palavras-chave: Competências; certificação de competências; idoneidade formativa dos contextos clínicos; enfermagem.

Abstract

The accreditation of professional skills in clinical settings with accredited training suitability has been discussed in Portugal since 2009 under the professional development model proposed by Ordem dos Enfermeiros (nursing national regulatory body). The C-S2SAFECARE Project presented at this congress shows the value of the dynamics of clinical supervision, assuming that nurses in health care units, which are being implemented, participate and demonstrate the development of quality of care through the empowerment of competencies, with consequent improvement of an effective set of health care indicators used by the institution and which are quality milestones for the General Directorate of Health in Portugal. To this end it was proposed, the monitoring of clinical practices by supervisors, mentioned

as clinical supervision by peers. This study, based on literature analysis, exposes arguments that certify the relationship between certification of professional skills and the benefits of certification occur in clinical settings with accredited training suitability.

Keywords: Skills; skills certification; formative suitability of clinical settings; nursing.

Introdução

A supervisão clínica (SC) em Enfermagem tem sido revelada como um valor em diferentes países. Além de Portugal, em Inglaterra, o *Royal College of Nursing* e o *Nursing and Midwifery Council* (NMC), associações reguladoras do exercício profissional, ativaram posições políticas, relativamente à implementação da SC, enquanto processo de suporte facilitador da certificação de competências profissionais nos enfermeiros.

O conceito de SC germina no método de acompanhamento por pares, através do qual é possível adquirir e desenvolver um perfil de competências, previamente traçado, num salomónico de um nível inicial para um nível avançado, em contexto dos cuidados de enfermagem (OE 2010; ANA 2009; NMC 2009). A ação, reflexão e colaboração são eixos estruturantes num modelo também essencial a práticas clínicas consistentes (Butterworth et al. 1997), práticas que valorizam a satisfação dos enfermeiros no trabalho (Butterworth, Bishop e Carson 1996), o desenvolvimento da performance profissional e desempenho da competência (Johns e MacCormack 1998), o aprofundamento das competências de ajuda, essenciais no *core* de competências profissionais dos enfermeiros (Ersser 1988; Freshwater 1998; Watson 1998).

A relação entre a certificação de competências profissionais e o benefício decorrente do facto de esta certificação suceder em contextos clínicos com idoneidade formativa acreditada, é o alvo da nossa pesquisa.

Explorou-se a biblioteca do conhecimento *online*, e nesta, bases de dados com estudos indexados em texto integral entre 1980 e até à atualidade. Procuraram-se documentos sobre políticas governamentais sobre gestão clínica em Portugal, documentos e regulamentos emanados por associações reguladoras da enfermagem em Portugal, Inglaterra e Canadá, que foram alvo de análise, no sentido de tentar descobrir a menção sobre o assunto e a interação sobre e entre dois dos eixos que basicamente estruturam este documento. Limite temporal entre 1998 e 2013. O primeiro eixo de pesquisa visou clarificar o conceito de competência e de certificação de competências, o segundo eixo, procurou a relação entre certificação e desenvolvimento profissional em contextos clínicos acreditados, procurando a existência de referências relativas à importância dos contextos clínicos acreditados para a efetiva melhoria da performance profissional (competências) e qualidade dos cuidados em saúde.

Pretendemos compreender a relação e o potencial transformativo do processo designado por supervisão clínica para a certificação de competências, a importância atribuída à acreditação do contexto clínico enquanto ambiente favorável ao desenvolvimento profissional.

Sobre a competência e certificação de competências

O Bureau Internacional du Travail na Conferência Internacional (2008), in *Conclusions sur les competences en vue de stimuler la productivité, la croissance de l'emploi et le développement* refere

que investir na educação dos cidadãos e no desenvolvimento das suas competências pessoais e profissionais é crer, que qualquer sociedade e economia de um país se desenvolvem e enriquecem quando admitem que são as pessoas o seu principal valor, o seu principal capital. Desde logo, a identificação de competências profissionais para o mercado de trabalho, constitui um elemento central no quadro político dos países europeus, promotora da qualidade, produtividade e melhoria da mão-de-obra. Os diferentes documentos deste Bureau advogam a utilidade de se traduzirem as performances profissionais em competências.

Na Europa Ocidental a utilização dos termos *competence* e *competency* remonta ao início do século XVI. As diferentes áreas disciplinares do conhecimento teorizaram este conceito, originaram diferentes ideias, reflexões e correntes de construção do pensamento, introduziram distintas teorias explicativas para definir o conceito, para o conceptualizar e operacionalizar. Mulder (2007, p. 9) escrevendo sobre o que é ser competente, diz:

there is a mix of meanings for the concept of competent that are related to accreditation, appropriateness, approval, authorization, certification, entitlement, jurisdiction, license, responsibility, qualification and right. The contexts in which the concept is used can be categorized as institutional, jurisdictional, organizational and personal.

Philippe Perrenoud (1998; 2000) define competência como os “saberes em uso”, dizendo que estes saberes, são os saberes necessários, que orientam a ação simbólica de um profissional e que permitem estruturar novos saberes. Diz que os “saberes em uso” incluem um saber teórico ou formalizado e um saber prático. Um saber teórico que traduz o que é que a pessoa deve saber para agir e desdobra-se num saber técnico (o que fazer), e num saber metodológico (como se deve fazer). O saber prático que se expressa em atos, relaciona-se com o saber teórico mas é na maioria um saber tácito. Para Philippe Perrenoud, a competência é um *saber-mobilizar* para agir. Não se trata de uma técnica ou de mais um saber, mas de uma capacidade de mobilizar um conjunto de recursos do tipo conhecimentos, *know-how*, esquemas de avaliação e de ação, ferramentas, atitudes a fim de enfrentar com eficácia situações complexas e inéditas de trabalho. Gui le Boterf (1995; 1997) propõe o seguinte descritivo para definir competência: “*la compétence est la mobilisation ou l’activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés*”. Boterf acrescenta a ideia de que a competência se desenvolve em situação e em contexto específico de trabalho.

As mais recentes conceptualizações sobre *competência* operacionalizam-na numa perspetiva construtivista que associa conhecimento e aprendizagens práticas (com recurso ao conflito/reflexão cognitiva e sociocognitiva), em contexto de trabalho.

O conceito de *competência* evoluiu para se assumir hoje como um conjunto de saberes adquiridos, que suportam inferências, antecipações, generalizações, tomadas de decisão (Perrenoud 2000; OE 2009) sobre a ação. Do exposto se entende a utilização do conceito *competência*, como o uso simultâneo, em complementaridade e potenciação de diferentes saberes, teóricos, práticos e atitudinais para agir em circunstância.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE), Conselho de Enfermagem (CE), o conceito de *competência* caracteriza-se “por um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo formar juízo”. A *competência* é

para esta associação reguladora do exercício profissional de enfermagem (e na perspectiva do Modelo de Desenvolvimento Profissional), o domínio de saberes teóricos, de habilidades, de capacidades e de atitudes, que traduzem na prática o saber agir profissional. O Conselho de Enfermagem da OE defende que a competência profissional dos enfermeiros, se desenvolva e certifique, tal como defende Le Boterf, num ambiente favorável ao desenvolvimento de cuidados de qualidade, que designa de contexto clínico com idoneidade formativa, acreditado. Para o efeito identificou um conjunto de critérios necessários ao desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e da qualidade em saúde, considerando-os como indispensáveis nos ambientes práticos clínicos, que os tornam favoráveis e potenciadores da formação profissional, ao desenvolvimento de competências e sobretudo à qualidade dos cuidados prestados. O modelo de desenvolvimento profissional concretiza-se com base num modelo de supervisão clínica por pares, designado por “prática tutelada”. Este modelo concebe-se como estruturante para o desenvolvimento e validação das competências profissionais, regulamentadas pela OE.

Para a Comissão Internacional do Trabalho (CIT 2008), o reconhecimento, validação e certificação de competências profissionais visa contribuir para o aumento dos níveis de qualificação da população ativa através da valorização das competências profissionais. A CIT, adotou as conclusões consensuais obtidas por esta comissão em 2008, as quais constituem um quadro prospetivo com vista a reforçar as ligações entre três áreas: competência, produtividade e emprego. Na perspectiva desta comissão, os valores e princípios que suportam o trabalho no que diz respeito à sustentabilidade das empresas e enquadramento conceptual das profissões devem servir como diretrizes para a elaboração, conceção, implementação e desenvolvimento das competências chave para essa área disciplinar (CIT 2008).

A *Canadian Society for Training and Development* (2010; 2012), reforça a importância do treino, aprendizagem e performance dos profissionais nos seus locais de trabalho, refere que relativamente aos desempenhos profissionais e no sentido de melhor atender às necessidades de um trabalho específico, as organizações têm rastreado as competências profissionais, identificando as habilidades (tipo de ação) para aquele desempenho, num dado local de trabalho. Na perspectiva de Feher-Watters e Carliner (2011) a certificação serve objetivos do tipo, recrutamento, contratação, desenvolvimento e promoção do potencial humano em contexto específico de trabalho. Quando um posto de trabalho exige um conjunto de competências identificadas como importantes para a performance e desempenho previsto, é necessário desenvolvê-las nos profissionais e certificar as competências adquiridas.

Certificação e desenvolvimento profissional

O relatório *Workplace Learning and Performing* (Carliner et al. 2006) refere que: work and learning reflects a perspective “by which the benefits of the learning accrue both to an employer and to the learner [him or] herself” and includes learning taken to improve job performance as well as “get a job in the first place”, enhance career development, or “transfer skills from one job to another. Carliner, citando Ehrlich (2002), associa “desenvolvimento” a um conjunto de experiências de aprendizagem num tempo definido e que tornam possível o crescimento humano e profissional bem como o ajuste da performance para o papel. Estes investigadores associam os conceitos de competência e certificação. A avaliação e certificação das competências dos profissionais da saúde é uma prioridade para todos os que colaboram

na formação dos prestadores de cuidados, entidades reguladoras, cuidadores e utilizadores dos cuidados de saúde. Há uma necessidade premente de que todos (entidades formadoras e instituições de saúde), se assegurem que os seus trabalhadores da saúde são competentes para o desempenho do seu papel no seu local de trabalho. O escopo sobre a competência e o que deve ser certificado está em mudança (McKinley et al. 2008), pelo que será igualmente relevante manter o “perfil de competências identificado”, na mira de uma revisão contínua no sentido de as manter ajustadas ao desenvolvimento profissional necessário.

Para a *American Nurses Association* (ANA 2009) e em conformidade com o *Consensus Model for APRN Regulation*, a certificação é o reconhecimento formal do conhecimento, capacidades e experiência demonstrados pelo atingimento de um conjunto de competências *standard* para a profissão. Neste modelo, são requisitos fundamentais para a acreditação de programas formativos os avaliadores, que através de padrões de acreditação preestabelecidos e de processos formalizados, avaliam os programas de educação para a acreditação das APRN à luz do núcleo do APRN, isto é, validam o papel e as competências essenciais a desenvolver, assim como monitorizam os programas formativos durante todo o período de acreditação.

No caso português, os requisitos fundamentais para a certificação tal como previsto pela OE (2009) exige certificadores. Também a ANA (2009), refere a existência de comissões credenciadas por um organismo nacional de acreditação, de certificação, para acompanhar testes estabelecidos e, normas juridicamente defensáveis através de exames APRN. No caso da OE, a comissão de certificação de competências, assegura a manutenção da certificação (das competências em construção), propondo a emissão de relatórios que permitam processos com o máximo de transparência, para os conselhos de enfermagem.

A questão da certificação de competências dos profissionais não é preocupação apenas das associações profissionais disciplinares. Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) e o Departamento da Qualidade na Saúde, na sequência do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, publicou o Manual de Acreditação de Unidades de Saúde (2011) com o propósito de melhorar a qualidade assistencial nas unidades de gestão clínica com um programa de acreditação baseado em quatro eixos de intervenção. O III eixo de intervenção centra-se nos profissionais da unidade de saúde, unidade essa que voluntariamente se candidata ao programa e que pretende a certificação dos profissionais. O *standard* S 07.09 não especificando o tipo de profissionais, apenas os profissionais da unidade de gestão clínica, refere que essa unidade avalia periodicamente as competências dos profissionais a fim de identificar as suas necessidades de formação e desenvolvimento. Diremos que nessa perspetiva e de acordo com esta orientação da DGS estarão incluídos também os profissionais de enfermagem, devendo ver as suas competências profissionais validadas e certificadas.

Os benefícios da certificação de competências estão descritos: i) verifica-se que ambientes de trabalho positivos favorecem o desenvolvimento dos resultados em saúde, nos cidadãos; ii) promovem o desenvolvimento da autonomia profissional nos enfermeiros; iii) facilitam o trabalho colaborativo entre os diferentes grupos profissionais no contexto clínico; iv) dinamizam o empowerment dos enfermeiros; v) validam o conhecimento específico para a profissão; vi) aumentam o sentimento de realização pessoal e confiança nas habilidades clínicas; vii) garantem consistência no conhecimento clínico (Grief 2007; Piazza et al. 2006).

A acreditação da idoneidade formativa dos contextos clínicos – conceito e prática

Diversos autores, nomeadamente os teóricos da corrente behaviorista sustentam a hipótese de que o ambiente (contexto de trabalho/ação) influencia os comportamentos e é um fator essencial e determinante das ações humanas (Blais et al. 2006). Saarikoski et al. (2002), num estudo acerca da aprendizagem nos contextos clínicos e supervisão pela equipa de enfermagem (citando outros investigadores), refere que os contextos clínicos podem caracterizar-se pela sua atmosfera positiva no que concerne à relação interpessoal na equipa de trabalho e comunicação entre os membros (Fretwell 1983; Orton 1983; Levec e Jones 1996); relativamente ao estilo de liderança e suporte das necessidades físicas e sobretudo emocionais dos membros da equipa (Neville e French 1991) e à interatividade com as situações reais de trabalho facilitando a transição de iniciado para perito (Stranieri e Yearwood 2008).

A complexidade dos cuidados de saúde, os custos e despesa em saúde, segurança, qualidade e resultados esperados na saúde, demandam a translação do conhecimento para a prática dos cuidados entendendo-se isto como a melhor forma para preparar os enfermeiros para as mudanças efetivas necessárias em saúde e resultados esperados na saúde dos cidadãos (Radzyminski 2005; Gerard et al. 2012). Já o estudo de Saarikoski, Leino-Kilpi e Warne (2002) referindo-se ao ambiente do próprio serviço, diz que, um serviço com uma boa atmosfera, clima positivo de trabalho, contribui para uma elevada qualidade dos cuidados de enfermagem.

Warne et al. (2010) num outro estudo, caracterizam aquilo que se entende por “atmosfera pedagógica” e “clima psicológico do serviço” referindo que uma das condições mais importantes de um serviço clínico, para a aprendizagem, será o seu “sentido de segurança ontológica”. Descrevem a ideia como um “clima” onde se aprende a resolver problemas numa cultura que tolera o erro enquanto parte do processo de aprendizagem e do desenvolvimento pessoal e profissional (Neville e French 1991; Dunn e Hansford 1997; Warne e McAndrew 2008). Considerando a explicação metafísica do conceito, podemos inferir que num clima de segurança ontológica, se analisa e se consideram pontos sensíveis e menos fortes de cada um dos participantes, reconhecendo-se os potenciais e otimizando-se as fragilidades no sentido de potenciar as transições profissionais numa perspetiva de desenvolvimento das performances e dos saberes disciplinares. Num clima de segurança ontológica é possível desenvolver as qualificações básicas para a enfermagem através das “experiências de aprendizagem, oportunas”. (Wilson-Barnett et al. 1995; Saarikoski 2002).

A posição/influência dos contextos clínicos no desenvolvimento dos enfermeiros e da enfermagem não está estudada em Portugal e em outros países do mundo. Contudo, vários estudos sobre a aprendizagem dos estudantes de enfermagem ligam a qualidade dos contextos de ensino clínico ao desenvolvimento e integração de conhecimentos teóricos, desenvolvimento de capacidades e valores importantes da enfermagem e a desenvolver (certificar), nos estudantes de enfermagem (Levet-Jones et al. 2011). Rua (2009), citando os autores Bronfenbrenner e Morris (1998), refere que a influência do ambiente no processo de desenvolvimento dos estudantes, difere entre as pessoas. O ambiente tem um papel decisivo no desenvolvimento dos estudantes, sendo compreendido em termos físicos, sociais e culturais. A teoria sobre o desenvolvimento humano apresentada e discutida por estes autores e citada por Rua na sua investigação, refere que:

Human development takes place through processes of progressively more complex reciprocal interaction between an active, evolving biopsychological human organism and the persons, objects, and symbols in its immediate external environment. To be effective, the interaction must occur on a fairly regular basis over extended periods of time. Such enduring forms of interaction in the immediate environment are referred to as proximal processes. (Bronfenbrenner e Morris 1998, p. 996).

Rua (2009) e Fernandes (2004; 2007) obtêm como resultados nos respectivos estudos sobre o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem em ensino clínico e sobre a influência dos contextos clínicos neste desenvolvimento, a referência a algumas variáveis facilitadoras da aprendizagem relativas ao serviço, tais como o “espaço físico” e “luz”, as “dinâmicas das equipas”, a “organização do serviço” e a “abertura da equipa para acompanharem e apoiarem os estudantes”. Os autores citam como facilitadores da integração e melhor apreensão da essência dos cuidados, “o tipo de serviço” (o qual faz variar as atividades inerentes às situações clínicas), os “recursos materiais” de que é dotado cada serviço. Estes aspetos foram apontados nos respetivos estudos como determinantes para o desenvolvimento de objetivos declarados nos planos das unidades curriculares e ligados ao contexto dos cuidados/tipo de serviço.

Baillie e Curzio (2009) nos resultados do estudo apresentado, também com estudantes de enfermagem em ensino clínico, referem a centralidade da qualidade dos contextos de prática clínica para o desenvolvimento de competências dos estudantes. Os contextos onde se desenvolvem as competências são essenciais para a aprendizagem, nomeadamente as particularidades do serviço como a qualidade dos cuidados, o tipo de experiências práticas que pode oferecer e sua acessibilidade (isto é, a criação de oportunidades para praticar as capacidades e habilidades com supervisão). Estes são alguns dos aspetos do contexto clínico facilitadores do desenvolvimento de competências.

O regulamento n.º 167/2011 da responsabilidade do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, D.R. n.º 47, Série II de 8 de Março, estabelece os princípios e os processos de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica e da certificação de competências do supervisor clínico em Prática Tutelada em Enfermagem, no âmbito do Sistema de Certificação de Competências da Ordem dos Enfermeiros. No preâmbulo deste regulamento diz que “o estabelecimento de determinados critérios (...) contribui para garantir a qualidade do Exercício Profissional Tutelado e ou do Desenvolvimento Profissional Tutelado”. Diz ainda que “a construção de um referencial para essa acreditação, parte dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo o eixo organizador das diferentes dimensões a considerar, o enunciado relativo à organização dos cuidados de enfermagem” (OE 2011, p. 11114). Refere ainda o artigo 2º “que a idoneidade formativa dos contextos clínicos compreende o conjunto de características que estes detêm, favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem bem como à Supervisão Clínica em Prática Tutelada”.

As dimensões para a acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica contemplam a existência de: a) *quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem*; b) *sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*; c) *sistemas de informação e registos em enfermagem, organizado em torno da sistematização do*

processo de tomada de decisão; d) satisfação profissional dos enfermeiros; e) dotações seguras em enfermagem; f) política de formação contínua de enfermeiros; g) metodologias de organização de cuidados de enfermagem (artigo 10º, ponto 5 do regulamento). O cumprimento da acreditação dos serviços tem como condição, para a OE, a obrigatoriedade da existência de supervisores clínicos certificados por esta associação, em termos definidos no regulamento.

Em conclusão

Os contextos clínicos são os lugares onde se produzem cuidados de saúde, podendo configurar-se simultaneamente como “comunidades de aprendizagem” e de “desenvolvimento profissional”, onde estudantes e profissionais e até a academia escola/universidade interrogam a prática e encontram subsídios para o conhecimento. O desenvolvimento de competências, assim construído, tem por base de construção um modelo social colaborativo/participativo com ênfase na interação comunicação entre práticos peritos e os académicos (Hall 2006):

However, the partnership arrangements for assessment of those competencies are between the Higher Education providers and the Service Providers in which the assessing clinicians work. Perhaps the partnerships should be more direct between the professional bodies and those undertaking the assessment? This would free the Higher Education Institutions to concentrate on assessment for learning. However, this may mean that staffs need to be specifically employed to undertake assessment of clinical practice; rather than using seemingly already overburdened qualified nurses who undertake student nurse assessment as part of their role.

Como refere Serrano (2008) sobre a importância da experiência prática na formação dos enfermeiros e Fernandes (2004) sobre a formação dos estudantes de enfermagem, é essencial explorar a natureza e dimensão da ação, interesses e o modo como se interpreta a ação. A vivência de situações clínicas permite integrar a experiência enquanto sistemas de referência para a atuação, com interpretação social e cultural da ação e mobilizar ou transferir para outras situações a experiência contextualizada. A integração dinâmica dos diversos tipos de saberes, a singularidade da situação, pela dimensão inovadora da prática, dá sentido à ação, à (re)produção e (re)construção de novo conhecimento, através de um questionamento sistemático durante e sobre a ação. Mas, sem perder de vista o caminho ou as competências a desenvolver e esperadas.

Nas perspetivas expostas, parece ser importante e influenciador de todo o processo de desenvolvimento profissional, dos processos de certificação de competências profissionais, a acreditação dos contextos clínicos para os fins a que se destina, isto é, a produção de cuidados de (enfermagem) saúde de qualidade. A qualidade dos processos beneficia, com metodologias de supervisão clínica, que favoreçam o desenvolvimento das competências profissionais necessárias, a eficácia e eficiência dos cuidados, a melhoria dos indicadores de saúde, a governação clínica. Não se encontrando a informação expressa sobre a relação direta entre contextos clínicos acreditados e certificação de competências, conclui-se que os processos de certificação de competências, em áreas já referidas pelos estudos mencionados, beneficiam com os ambientes clínicos onde essas competências se tornam evidentes, porque praticadas, e onde as unidades de gestão clínica apresentam critérios identificados, e em uso, de qualidade dos cuidados.

Referências bibliográficas

- AMERICAN NURSES ASSOCIATION. *Consensus model for APRN regulation*, 2009 [consultado 12 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/cmissuebrief>
- BAILLIE, L. e CURZIO, J. A Survey of first year student nurses experiences of learning blood pressure measurement. *Nurse Education in Practice*. 2009, 9, 61-71.
- BLAIS, K. et al. *Professional nursing practice: Concepts and perspectives*. 5ª ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2006.
- BUREAU INTERNACIONAL DU TRAVAIL. *Conclusions sur les competences en vue de stimuler la productivité, la croissance de l'emploi et le development*. Geneve: Organisation Internationale Du Travail, 2008 [consultado 12 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed_emp/ifp_skills/documents/publication/wcms_125522.pdf
- BUTTERWORTH, T. et al. *It is good to talk: An evaluation study in England and Scotland*. School of Nursing, Midwifery and Health Visiting. Manchester: University of Manchester, 1997.
- BUTTERWORTH, T., BISHOP, V. e CARSON, J. First steps towards evaluating clinical supervision in nursing and health visiting: 1.Theory, policy and practice. *Journal of Clinical Nursing*. 1996, 5, 127-132.
- CARLINER, S. et al. *Revue de l'état de la situation en apprentissage en milieu de travail: Ce que nos savons et ce que nos devons savoir sur les compétences, la diversité, l'apprentissage virtuel et l'amélioration des performances humaines*. S.l.: Conseil Canadien sur L'Apprentissage, 2006.
- DGS/DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE. *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde. Gestão Clínica*. 2009 [consultado 12 fevereiro 2013]. Disponível em: http://molar.crb.ucp.pt/cursos/2%C2%BA%20Ciclo%20Mestrados/Gest%C3%A3o/201012/QTGO_1012/Artigos/ACSA/Manual%20Acredita%C3%A7%C3%A3o%20de%20Unid.%20Sa%C3%BAde.pdf
- DRISCOLL, J. et al. *Practising clinical supervision. A reflective approach for healthcare professionals*. 2ª ed. China: Elsevier, 2007.
- FEHER-WATTERS, I. e CARLINER, S. Les certifications professionnelles - Mythe ou magie: quelle est celle qui vous convient?. *The Canadian Learning Journal*. 2011, 15(1), 16-18.
- FRESHWATER, D. *Transformatory learning in nurse education*. Tese de Doutorado, Universidade de Nottingham, 2008.
- GERARD, S., GROSSMAN, S. e GODFREY, M. Course Strategies for Clinical Nurse Leader Management. *Journal of Professional Nursing*. 2012, 28(3), 147-155.
- GRIEF, C. The perceived value of BCEN certification. Board of Certification for Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*. 2007, 33(3), 214-216.
- HALL, W. Developing clinical placements in times of scarcity. *Nurse Education Today*. 2006, 26, 627-633.
- JOHNS, C. e MCCORMACK, B. Unfolding conditions where the transformative potential of guided reflection may flourish or founder. In: *Transforming Nursing Through Reflective Practice*. Oxford: Blackwell Science, 1998, pp. 62-72.
- LE BOTERF, G. *Ingenierie evaluation des competences*. 5ª ed. Paris: Éditions d'Organisation, 2011.
- MCKINLEY, R. et al. Checklists for assessment and certification of clinical procedural skills omit essential competencies: A systematic review. *Medical Education*. 2008, 42, 338-349.
- MULDER, M. Competence - l'essence et l'utilisation de ce concept dans la formation professionnelle initiale et continue. *Revue Européenne de Formation Professionnelle*. 2007, 40(1), 5-19.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE]. *Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Regulamento n.º 167/2011. Diário da República, 2ª série, n.º 47 de 8 de Março de 2011, p. 11114-11120.
- PERRENOUD, P. Formation continue et obligation de competences dans le métier d'enseignant. Geneve, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. *Idéias* [Fundação para o Desenvolvimento da Educação, São Paulo, Brasil]. *Sistemas de Avaliação Educacional*. 1998, 30, 205-208.

- PIAZZA, I., DONAHUE, M., DYKES, P., GRIFFIN, M. e FITZPATRICK, J. Differences in perceptions of empowerment among nationally certified and noncertified nurses. *Journal of Nursing Administration*. 2006, **36**(5), 277-283.
- RADZYMINSKI, S. Advances in graduate nursing education: Beyond the advance practice nurse. *Journal of Professional Nursing*. 2005, **21**, 119-125.
- SAARIKOSKI, M. e LEINO-KILPI, H. The clinical interactive learning environment: Learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies*. 2002, **39**, 259-267.
- SAARIKOSKI, M., LEINO-KILPI, H. e WARNE, T. Clinical learning environment and supervision: Testing a research instrument in an international comparative study. *Nurse Education Today*. 2002, **22**, 340-349.
- SERRANO, T. *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Tese de Doutorado, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa, Universidade de Aveiro, 2008.
- STRANIERI, A. e YEARWOOD, J. Enhancing learning outcomes with an interactive knowledge-based learning environment providing narrative feedback. *Interactive Learning Environments*. 2008, **16**(3), 265-281.
- STRAUS, S. E., TETROE, J. e GRAHAM, I. Defining knowledge translation. *Canadian Medical Association Journal*. 2009, Aug. 4, **181**(3-4), 165-168.
- TAYLOR, M. Transfer of learning in workplace literacy programs. *Adult Basic Education*. 2000, **10**(1), 3-20.
- TUDGE, J. R. H., MOKROVA, I., HATFIELD, B. e KARNIK, R. B. Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. *Journal of Family Theory & Review*. 2009, **1**, 198-210.
- WARNE, T., JOHANSSON, U., PAPASTAVROU, E., TOMIETTO, M. e BOSSCHE, K. An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. *Nurse Education Today*. 2010, **30**(8), 809-815.
- WATSON, J. Through a glass darkly. In: C. JOHNS e D. FRESHWATER, eds. *Transforming Nursing Through Reflective Practice*. Oxford: Blackwell Science, 1998, cap. 18.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Supervisão clínica em enfermagem

Desenvolvimento de competências

Certificação de competências

Qualidade na e para a formação

Organização dos contextos da prática clínica

Supervisão clínica: stress e enfermagem

Elizabete Borges¹ & Teresa Rodrigues Ferreira²

¹ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor adjunto.

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador.

Autor correspondente: **Elizabete Borges** (elizabete@esenf.pt)

Resumo

O contexto laboral dos enfermeiros tem vindo a refletir inúmeras mudanças políticas e organizacionais. Estas alterações, entre outras, são responsáveis por elevados níveis de *stress*. A supervisão clínica assume um importante papel na vida no trabalho destes profissionais (Bé-gat, Ellefen e Severinson 2005). Este estudo teve como objetivo descrever respostas de *stress*, recursos de coping e refletir sobre a supervisão clínica e a saúde laboral. Desenvolvemos um estudo quantitativo, transversal, exploratório e descritivo. A amostra foi constituída por 151 Enfermeiros/Alunos de Cursos de Pós-Licenciatura que aceitaram participar no estudo. Recorremos à aplicação de questionário para caracterização psicossocial e o Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (IRRP). Os resultados confirmam a existência de *stress* nos enfermeiros, a multiplicidade de fatores indutores de *stress* e o recurso ao suporte social enquanto uma estratégia de coping. A supervisão clínica assume particular relevo nestes contextos nomeadamente "(...) *providing an additional opportunity to reduce the distress which can occur from the complex clinical situations which occur in practice*" (NHS 2006, p. 6).

Palavras-chave: Supervisão clínica; enfermeiros; *stress*; suporte social.

Abstract

The nurses' working context has been reflecting innumerable political and organizational changes. This changes, among others, have been responsible for high levels of *stress*. Clinical Supervision assumes an important role in professionals' working life (Bé-gat, Ellefen and Severinson 2005). This study aimed to describe the *stress* response, coping resources and reflect on the clinical supervision and occupational health. It is a quantitative study with an exploratory and descriptive design. The sample is composed by nurses that are also students of the Post-graduation Courses in Nursing School of Porto (N=151), who accepted to collaborate in the study. The instrument for data collection was the "Sociodemographic and Professional Form" and the Portuguese version of "Answers and Personal Resources Inventory" of the Brief Personal Survey (McIntyre, McIntyre and Silverio 1995). The results confirm the existence of *stress* in nurses, the multiplicity of stress-inducing factors and the use of social

support as a coping strategy. Clinical Supervision assumes a particular emphasis in these contexts, because it provides opportunities to reduce the distress elicited by the complexity of clinical situations that occur during practice.

Keywords: Clinical supervision; nurse; stress; social support.

Enquadramento teórico

Nas organizações de saúde e particularmente nos profissionais de enfermagem as vivências e os relatos de *stress* são uma realidade. Pela sua complexidade encontramos uma diversidade de causas e consequências como podemos constatar pelo modelo Milczarek (2009). A supervisão clínica enquanto “a formal process of professional support which should be seen as a means of encouraging self-assessment, analytical and reflective skills” (NHS 2006, p. 3) pode “facultar um clima que proporcione oportunidades, experiências e um modelo de tolerância que permita a cada profissional crescer e descobrir o seu potencial” (Pires 2011, p. 14). Encontramos nos estudos do NHS (2006) e de Begáti e Severinsson (2006) a relevância da supervisão clínica como promotora de ambientes de trabalho saudáveis, nomeadamente, pelo papel que pode assumir na gestão do *stress* dos profissionais.

Objetivo

Descrever respostas de *stress* e recursos de *coping*; refletir sobre a supervisão clínica e a saúde laboral.

Metodologia

Estudo transversal, exploratório e descritivo integrado no paradigma de investigação quantitativa. Optamos por uma amostra de conveniência, a qual foi constituída por 151 enfermeiros simultaneamente, por estudantes de cursos de pós-licenciatura. Aplicamos um questionário para caracterização psicossocial e o Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (IRRP de McIntyre, McIntyre e Silvério 1995). O IRRP é um instrumento de autorrelato constituído por um total de 99 itens com opção de resposta dicotómica. Permite avaliar Recursos de *Coping*, Respostas de *Stress* e Índices Críticos. Obtivemos um valor de Alpha de Cronbach de 0,74 para a escala total.

Resultados

Dos participantes salientamos que 84,8% eram do sexo feminino, com uma idade média de 33,2 anos, com tempo médio de serviço na profissão de 10,4 (DP=5,1), tempo médio de serviço na instituição de 8,6 (DP=4,2) anos e tempo médio de serviço no local de trabalho de 6,6 (DP=3,7). No que se refere à categoria profissional, (65,6%) eram enfermeiros graduados e 110 (73,3%) tinham vínculo definitivo. Exerciam a sua atividade profissional em contexto hospitalar 78,1%, exerciam funções de chefia ou de responsabilidade de serviço 24,3% dos participantes, 47,0% identificam a sua atividade como bastante stressante e 6,0% muitíssimo stressante.

Encontramos como respostas de *stress*, com valores médios mais elevados, a pressão excessiva M=49,7 (DP=25,7), o *distress* e saúde M=42,7 (DP=25,3), e a ansiedade M=40,6 (DP=25,6). A resposta de *stress* Depressão foi a que apresentou valor médio mais baixo (M=28,0 (DP=26,1)).

Dos 140 enfermeiros que identificaram fontes de *stress* encontramos entre outras, referência na conciliação entre trabalho-escola-família e trabalho-escola (18,6%), na falta de enfermeiros (7,9%), na quantidade de trabalhos acadêmicos e na gestão do tempo (7,1%), no lidar com o sofrimento/gravidade dos doentes/crianças e o número de horas de trabalho (6,4%), 8 (5,7%) o fator económico, 7 (5%) o curso de pós-licenciatura e a alteração/insegurança na carreira, nas avaliações (2,9%), na política, comunicação com os prestadores de cuidados/pais e o serviço/chefe (1,4%), o trabalho por turnos, as rotinas, o assumir responsabilidades, a competitividade na equipa e a injustiça (0,7%).

Relativamente à identificação dos Recursos de *Coping* utilizados pelos enfermeiros em contexto laboral, constatamos que o suporte social foi o recurso de *coping* mais referido $M=84,1$ ($DP=23,1$). Os enfermeiros mais novos e com a categoria profissional enfermeiro foram os que apresentaram maior perceção de suporte social.

Discussão

Os resultados encontrados da presença de *stress* nos profissionais de enfermagem são mencionados por diferentes investigadores de que são exemplos os de Malawa et al. 2012; Ramos et al. 2012 e Tuveesson, Eklund e Wann-Hansson 2012.

O suporte social como recurso de *coping* pelos enfermeiros corrobora o modelo de qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros de Ellis e Pompili (2002). As perceções positivas de suporte social e as boas relações interpessoais caracterizam o suporte social como um poderoso recurso na gestão do *stress* (Ramos 2001). Saroson et al. (1983) referem que o suporte social promove proteção contra as consequências do *stress*.

A informação e formação emergem deste estudo como recursos de promoção da saúde laboral, tal como mencionam Ellis e Pompili (2002). A supervisão clínica em enfermagem assume um papel de suporte em situações de desgaste profissional (Edwards et al. 2000) e de ajuda na gestão do *stress* laboral (Severinsson e Halbergg 1996; NHS 2006; Begáti e Severinsson 2006).

Conclusão

Pela sua relevância a supervisão clínica pode contribuir para os ambientes de trabalho saudáveis (WHO 2010) pois, tal como preconiza Proctor (1986), no seu modelo: a função restaurativa visa proporcionar suporte ao enfermeiro atendendo à complexidade das suas exigências profissionais.

Referências bibliográficas

- BÉGAT, I. e SEVERINSSON, E. Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses experiences of well-being related to their psychosocial work. *Journal of Nursing Management*. 2006, 14, 610–616.
- BÉGAT, I., ELLEFSEN, B. e SEVERINSSON, E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*. 2005, 13, 21–230.
- EDWARDS, D. et al. Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000, 7, 7–14.

ELLIS, N. e POMPILI, A. *Quality of working life for nurses: Report on qualitative researchs*, 2002 [consultado outubro 2008]. Disponível em: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/4B-5717FD2374914ECA257BF0001D3B99/\\$File/newnurse.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/4B-5717FD2374914ECA257BF0001D3B99/$File/newnurse.pdf)

MALUWA, V. M. et al. Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics*. 2012, 19, 196-207.

MILCZAREK, M., SCHNEIDER, E. e GONZALÉZ, E. R. *OSH in figures. Stress at work- facts and figures*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work, 2009 [consultado fevereiro 2010]. Disponível em: https://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work

NATIONAL HEALTH SERVICE. *Clinical supervision guidelines for registered nurses*, 2006 [consultado outubro 2013]. Disponível em: [http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Guidelines%20\(Birkenhead%20&%20Wallasey%20PCT%20-%20UK%202005\).pdf](http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Guidelines%20(Birkenhead%20&%20Wallasey%20PCT%20-%20UK%202005).pdf)

PIRES, R. M. 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, 2011.

PROCTOR, B. Supervision: A co-operative exercise in accountability. In: M. MARKEN e M. PAYNE, orgs. *Enabling and ensuring*. Leicester: National Youth Bureau/Council for Education and training in Youth and Community Work, 1986.

RAMOS, H. M. et al. *Cross cultural comparison of workplace stress and coping as predictors of burnout among Asian nurses: A three country study*: Proceedings of the 10th Conference European Academy of Occupational Health Psychology. Zurich: European Academy of Occupational Health Psychology, 2012.

SEVERINSSON, E. I. e HEILLBERG, A. Clinical supervisors' views of their leadership role in the clinical supervision process within nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 1996, 24, 151-161.

TUVESSON, H., EKLUND, M. e WANN-HANSSON, C. P. Stress of conscience among psychiatric nursing staff in relation to environmental and individual factors. *Nursing Ethics*. 2012, 19(2), 208-219.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Healthy workplaces: a model for action, for employers, workers, policymakers and practitioner*, 2010.

Gestão do *stress* em ensino clínico em enfermagem: importância da supervisão

Susana Custódio

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Professor adjunto.

Autor correspondente: **Susana Custódio** (susana.custodio@ipleiria.pt)

Resumo

A importância do estudo do *stress* experienciado pelos estudantes durante a formação em Enfermagem, especificamente nos ensinamentos clínicos (EC), prende-se com o facto do *stress* poder interferir na qualidade dos cuidados prestados e na relação que se estabelece entre os diversos intervenientes. Através de um estudo descritivo e correlacional, pretendeu-se identificar as situações de *stress* em EC na perspectiva dos estudantes, os sintomas de *stress* experienciados e as estratégias de *coping* utilizadas. Pretendeu-se estudar estas variáveis em função do sexo e ano de frequência do curso. Participaram no estudo 1283 estudantes de Enfermagem de cinco escolas superiores de saúde. A amostra foi constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino, solteiros e do 3.º ano. As situações de *stress* foram avaliadas através da Escala de Situações Indutoras de *Stress*, os sintomas através da Escala de Sintomas do *Stress* e as estratégias de *coping* através do Questionário de Estratégias de *Coping*. Verificou-se que são as situações relacionadas com a avaliação as indutoras de maior *stress*, seguindo-se as relacionadas com os aspetos pessoais e a gestão do tempo e do trabalho. Os sintomas do *stress* mais experienciados foram os cognitivo-emocionais e os físicos. As raparigas tendem a perceber mais situações de *stress*, sendo também mais vulneráveis aos seus sintomas. Os estudantes do 2.º ano foram aqueles que perceberam mais situações e mais sintomas de *stress*. No que se refere ao *coping* os estudantes recorreram com mais frequência a estratégias centradas nos problemas, sendo que os do 3.º ano referiram um maior e mais diversificado uso de estratégias de *coping*. Pretende-se contribuir com informação relevante para supervisores e orientadores da prática clínica ao nível da identificação das necessidades dos estudantes, facilitando a sua aprendizagem no contexto clínico.

Palavras-chave: *Stress*; coping; enfermagem; ensino clínico; supervisão.

Abstract

The importance of studying stress experienced by students during the nursing degree course, specifically in clinical teaching (CT), relates to the fact that stress can interfere in the quality of care and in the relationship established between the various actors. Through a descriptive and correlational study we aim to identify situations of stress in CT in students'

perspective, stress symptoms experienced as well as coping strategies used. It was intended to study these variables by gender and year of course. A sample of 1,283 students of the Nursing Degree Course from five Health Polytechnic Schools participated in this research. The sample consisted mainly of female, single, and 3rd year elements. Stress situations were assessed using the Scale of stress-inducing situations in CT, symptoms through Scale of Symptoms of Stress and coping strategies through the Coping Strategies Questionnaire. The situations that induced increased stress were related to evaluation, followed by personal factors and management of time and work. The symptoms of stress most commonly experienced by students were cognitive-emotional and physical symptoms. Females reported a higher level of stress-inducing situations and symptoms of stress. Students of the 2nd year were those who experienced more situations and symptoms of stress. With regard to coping strategies, students frequently used strategies focused on the problems, and the students of the 3rd year reported a larger and more diverse use of coping strategies. It is intended to contribute with relevant information to supervisors of clinical teaching in identifying the needs of students, promoting their learning in clinical context.

Keywords: Stress; coping; nursing; clinical teaching; supervision.

Enquadramento teórico do tema e finalidade da comunicação

Os ensinamentos clínicos em Enfermagem (ECE) constituem uma experiência de grande relevância na formação em Enfermagem. Tal aprendizagem será potenciada se o estudante ao longo do ECE tiver a percepção de apoio e incentivo por parte dos agentes educativos envolvidos (McKenna e Wellard 2009). Mais concretamente, o orientador/supervisor desempenha um papel crucial no desenvolvimento das competências, conhecimentos e atitudes do estudante devendo constituir-se como um modelo de referência, na construção da identidade e do saber profissional, tanto pelo papel que desempenha, como pelos conhecimentos pedagógicos que possui, constituindo-se simultaneamente, como uma das principais figuras de apoio emocional do estudante (Garrido e Simões 2007; Paulino 2007).

Diversos estudos salientam como dificuldades mais frequentemente identificadas pelos estudantes em ECE, a execução de técnicas, a falta de conhecimentos teóricos e de competências profissionais, a organização do trabalho, a iniciativa e a integração no contexto de trabalho. Outros aspetos referidos incluem a integração entre a teoria e a prática, a avaliação das experiências clínicas, a supervisão, a reflexão sobre as práticas, a comunicação com o doente e situações de urgência (Sheu, Lin e Hwang 2002; Timmins e Kaliszzer 2002; Tully 2004; Rodrigues e Veiga 2006; Paulino 2007; Chan, So e Fong 2009).

No que se refere à percepção de *stress* dos estudantes em função do ano de frequência do curso, diversos autores constataram que os estudantes do 2.º ano apresentam níveis mais elevados de *stress* (Lo 2002; Tully 2004). As raparigas tendem a experienciar níveis mais elevados de *stress* do que os rapazes (Pau et al. 2007; Bayram e Bilgel 2008).

Ao nível das estratégias a que os estudantes recorrem para lidar com as situações de *stress* em ECE, os estudos têm evidenciado que as estratégias de *coping* focadas no problema são usadas mais frequentemente que as centradas na emoção (Sheu et al. 2002; Seyedfatemi, Tafreshi e Hagani 2007; Swickert e Hittner 2009). As raparigas tendem a utilizar mais as estratégias de *coping* centradas nas emoções.

Assumindo-se a aprendizagem em contexto real como essencial e imprescindível na construção de saberes em Enfermagem, o presente estudo tem como objetivos identificar as situações de *stress* em EC na perspetiva dos estudantes, os sintomas de *stress* experienciados e as estratégias de *coping* utilizadas. Pretende-se ainda estudar estas variáveis em função do sexo e do ano de frequência do curso.

Metodologia

Participantes

Participaram no estudo 1283 estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem de cinco escolas superiores de saúde da zona Centro que tinham concluído o ECE. Do total da amostra, 1044 estudantes (81.4%) eram do sexo feminino e 239 (18.6%) do sexo masculino. As idades dos participantes variavam entre os 18 e os 38 anos com uma média de 20.94 anos (DP=2.05). Relativamente ao ano de frequência do curso, verificou-se que 191 estudantes (14.9%) frequentavam o 1.º ano, 369 o 2.º ano (28.8%), 438 (34.1%) o 3.º ano e 285 (22.2%) encontravam-se no 4.º ano.

Instrumentos

Com o objetivo de caracterizar a amostra e o ensino clínico utilizámos um questionário de caracterização sociodemográfica e do ensino clínico.

A identificação das fontes de *stress* percebidas pelos estudantes em ECE foi realizada através da Escala de Situações Indutoras de *Stress* em Ensino Clínico em Enfermagem (Custódio, Pereira e Seco 2007). A Escala de Sintomas do *Stress* (ESS) (Custódio, Pereira e Seco 2007) foi utilizada para avaliar os sintomas físicos, cognitivo-emocionais e comportamentais. As estratégias de *coping* foram avaliadas através do Questionário de Estratégias de *Coping* (QEC) (Pais-Ribeiro e Santos 2001).

Procedimentos

Obtido o consentimento dos órgãos diretivos das escolas, solicitámos a colaboração dos estudantes no estudo, clarificando o seu âmbito, natureza e objetivos. Os estudantes foram ainda informados acerca do carácter anónimo e confidencial dos dados, bem como da sua participação voluntária. O protocolo de investigação foi administrado de forma coletiva pelos responsáveis pelos ensinos clínicos, após o término dos mesmos.

O tratamento e análise dos dados foram realizados com recurso ao SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 16.0.

Análise dos resultados

As situações que são percebidas pelos estudantes como sendo geradoras de *stress* em ECE são as situações relacionadas com a avaliação (M=3.25; DP=0.88) que são percecionadas como indutoras de maior *stress*, seguindo-se as relacionadas com os aspetos pessoais (M=3.18; DP=0.84) e as questões relacionadas com a gestão do tempo e do trabalho (M=3.15; DP=0.84). Os aspetos específicos da profissão de Enfermagem (M=2.81; DP=0.75) e os fatores relaciona-

dos com a orientação em ECE ($M=2.78$; $DP=0.84$) são percebidos como induzindo menos *stress*, quando comparados com os fatores anteriores.

Procurámos verificar se o sexo e o ano de frequência do curso exerceriam um efeito diferencial na percepção de situações de *stress* em ECE. Verificou-se que os estudantes do sexo feminino evidenciaram níveis médios de percepção de situações de *stress* significativamente superiores aos seus colegas rapazes.

No que se refere à existência de diferenças na percepção de situações de *stress* em função do ano de frequência do curso, verificou-se que os estudantes do 2.º ano ($M=3.18$; $DP=0.57$), do 3.º ano ($M=2.97$; $DP=0.70$) e do 4.º ano ($M=2.94$; $DP=0.74$) evidenciaram uma percepção maior de situações indutoras de *stress* do que os seus colegas do 1.º ano ($M=2.70$; $DP=0.75$). De um modo geral, foram os estudantes do 2.º ano os que apresentaram uma percepção maior de situações de *stress* comparativamente com os colegas dos restantes anos.

Relativamente aos sintomas do *stress*, as médias mais elevadas são as respeitantes aos sintomas cognitivo-emocionais e físicos. Considerados os valores obtidos na escala total, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas [$F(1, 1281)=17.376$, $p=.000$], tendo as raparigas obtido médias significativamente mais altas ($M=2.08$; $DP=0.68$) que os rapazes ($M=1.88$; $DP=0.71$). Considerada a totalidade dos sintomas do *stress*, repetiu-se o padrão dos estudantes do 1.º ano com pontuações inferiores a todos os outros e os do 2.º ano com pontuações superiores aos dos restantes anos.

No que se refere às estratégias de *coping* utilizadas, aquelas a que os estudantes mais recorrem, compreendem as estratégias de *coping* centradas no problema.

No respeitante à existência de diferenças nas estratégias de *coping* em função do sexo, apenas se verificaram diferenças significativas no *coping* centrado no problema [$F(1, 381.728)=5.460$, $p=.020$], sendo que os rapazes obtiveram médias significativamente superiores ($M=1.65$; $DP=1.56$) às das raparigas ($M=1.56$; $DP=1.56$).

Procurámos verificar ainda se os estudantes recorriam a estratégias de *coping* diferentes em função do ano de frequência do curso. Os resultados permitiram constatar que os estudantes do 3.º ano apresentam médias significativamente superiores às dos restantes colegas [$F(3, 1119.986)=26.019$, $p=.000$], no que se refere às estratégias de *coping* centradas no problema.

Tendo em conta as estratégias de *coping* centradas nas emoções, os estudantes do 3.º ano apresentam médias significativamente superiores aos colegas dos 2.º e 4.º anos [$F(3, 1198.500)=7.357$, $p=.020$].

Discussão dos resultados

Uma das principais fontes de *stress* percecionadas pelos estudantes em ECE refere-se às questões relacionadas com a avaliação (Sheu et al. 2002; Timmins e Kaliszer 2002; Tully 2004; Rodrigues e Veiga 2006). A avaliação parece ser encarada como uma situação de ameaça, podendo condicionar o próprio desempenho do estudante. Por outro lado, a percepção de iniquidade neste processo pode igualmente acarretar prejuízos ao nível da relação que o estudante estabelece quer com o orientador/supervisor, quer com os seus colegas, podendo comprometer o processo de aprendizagem.

Outra situação identificada como indutora de *stress* prende-se com os aspetos pessoais. Os dados encontrados são consistentes com resultados obtidos noutros estudos (Sheu et al. 2002; Timmins e Kaliszer 2002; Tully 2004; Paulino 2007). A aprendizagem realizada em contexto prático é, por vezes, dominada pelo medo e falta de confiança nas suas capacidades. Para minimizar estes efeitos salienta-se o papel do orientador/supervisor como fonte de confiança e suporte.

A gestão e organização do tempo e do trabalho, foi a terceira categoria de situações indutoras de *stress* identificadas em ECE. O *stress* imposto pelas exigências de conjugação das experiências de aprendizagem em contexto clínico com a carga de trabalho académico e com a vida pessoal e familiar é frequente nos estudantes de Enfermagem (Paulino 2007).

Por último, identificaram-se como fonte de *stress* as situações relacionadas com aspetos específicos da profissão de Enfermagem e os fatores relacionadas com a orientação em ECE. Implica um planeamento cuidadoso do ECE, uma clarificação de objetivos, de papéis e de responsabilidades de todos os intervenientes.

No que concerne à diferenciação da perceção dos estudantes acerca das situações stressantes em função do sexo, verificou-se uma perceção maior de situações indutoras de *stress* por parte das raparigas. As raparigas tendem a experienciar mais *stress* do que os rapazes (Tully 2004; Pau et al. 2007). A explicação para a perceção de mais situações de *stress* por parte das raparigas pode estar relacionada com as práticas de socialização, favorecendo as raparigas ao nível da expressividade das suas vivências e com um maior perfeccionismo e exigência pessoal por parte das mesmas.

Relativamente ao ano de frequência do curso, foram os estudantes do 1.º ano que evidenciaram uma perceção menor de situações indutoras de *stress* em ECE, comparativamente com os colegas dos outros anos. Tal poderá estar relacionado, quer com a duração do ECE, quer com o tipo de instituição/serviço onde o mesmo decorreu, bem como os objetivos estipulados. Em geral, os estudantes do 3.º e 4.º anos evidenciaram uma perceção de situações indutoras de *stress* mais baixa que os seus colegas do 2.º ano (Lo 2002; Tully 2004). Os estudantes dos 3.º e 4.º anos munidos de uma maior quantidade e profundidade de conhecimentos e competências na prática da enfermagem estarão mais cientes do ECE e de tudo o que o envolve e estarão melhor adaptados a essa realidade de aprendizagem e como tal estarão menos propensos a avaliar as situações como indutoras de *stress*.

No que se refere aos sintomas do *stress*, verificámos que os estudantes referiram uma frequência mais elevada de sintomas cognitivo-emocionais e físicos (Seyedfatemi et al. 2007).

As estratégias de *coping* a que os estudantes recorreram com mais frequência foram as estratégias centradas nos problemas sendo os resultados consistentes com os obtidos por outros estudos junto desta população (Seyedfatemi et al. 2007), o que parece indicar que aquando as situações de *stress* os estudantes lidam com as exigências da situação. Os rapazes evidenciaram uma maior tendência para recorrerem a *coping* centrado no problema (Swickert e Hittner 2009). Tal poderá estar relacionado com a hipótese de socialização sendo os rapazes mais encorajados e estimulados a envolverem-se em métodos mais instrumentais e de resolução das situações de uma forma mais direta e racional.

Os estudantes do 3.º ano foram aqueles que recorreram com mais frequência a uma maior diversidade de estratégias de coping para lidarem com as situações de stress. Tal poderá dever-se ao facto de que, à medida que progridem no curso e à medida que se vão confrontando com as situações da prática da Enfermagem, os estudantes poderão também ir diversificando e aumentando o seu repertório de estratégias de coping.

Conclusões

O interesse pelo estudo do stress em ECE prende-se com o facto da (in)capacidade do estudante para lidar de uma forma adequada com as situações indutoras de stress ter repercussões no seu bem-estar físico e mental, com implicações ao nível da aprendizagem e do seu sucesso académico e profissional. Neste sentido, reconhece-se a necessidade de se desenvolverem estratégias e competências com o intuito de levar os intervenientes nos ensinamentos clínicos, especificamente estudantes, docentes e orientadores/supervisores, a compreenderem e lidarem com o stress no sentido de se tornarem mais resilientes.

Referências bibliográficas

- ALARCÃO, I. e TAVARES, J. *Supervisão da prática pedagógica - Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina, 2007.
- BAYRAM, N. e BILGEL, N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2008, 43(8), 667-672.
- SWICKERT, R. e HITTNER, J. Social support coping mediates the relationship between gender and post-traumatic growth. *Journal of Health Psychology*. 2009, 14(3), 387-393.
- CUSTÓDIO, S., PEREIRA, A. e SECO, G. *Stress, suporte social, optimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, 2007.
- CHAN, C., SO, W. e FONG, D. Hong Kong Baccalaureate Nursing Students' Stress and Their Coping Strategies in Clinical Practice. *Journal of Professional Nursing*. 2009, 25(5), 307-313.
- GARRIDO, A. F. S. e SIMÕES, J. F. Supervisão de alunos em ensino clínico: Uma reflexão. *Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. 2007, 218, 7-11.
- LO, R. A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: An Australian case study. *Journal of Advanced Nursing*. 2002, 39(2), 119-126.
- MCKENNA, L. e WELLARD, S. Mothering: An unacknowledged aspect of undergraduate clinical teachers' work in nursing. *Advances in Health Sciences Education*. 2009, 14, 275-285.
- PAU, A. et al. Emotional intelligence and perceived stress in dental undergraduates: A multinational survey. *Journal of Dental Education*. 2007, 71(2), 197-204.
- PAULINO, M. Vivências e percepções do estágio nos estudantes de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2007, 16, 24-31.
- PAIS-RIBEIRO, J. L. e SANTOS, C. Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*. 2001, 4(XIX), 491-502.
- RODRIGUES, C. e VEIGA, F. Stresse em estagiários de enfermagem e sua influência na relação de ajuda ao doente. In: J. TAVARES, A. PEREIRA, C. FERNANDES e S. MONTEIRO, eds. *Ativação do Desenvolvimento Psicológico. Actas do Simpósio Internacional*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006, pp. 353-359.

SEYEDFATEMI, N., TAFRESHI, M. e HAGANI, H. Experienced *stressors* and *coping strategies* among Iranian nursing students. *BMC Nursing*. 2007, 6(11).

SHEU, S., LIN, H. e HWANG, S. 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*. 2002, 39, 165-175.

TIMMINS, F. e KALISZER, M. Aspects of nurse education programmes that frequently cause *stress* to nursing students - fact-finding sample survey. *Nurse Education Today*. 2002, 22, 203-211.

TULLY, A. Stress, sources of *stress* and ways of *coping* among psychiatric nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004, 11, 43-47.

O processo de supervisão em ensino clínico: perspectiva dos estudantes

Salete Soares¹; Manuela Cerqueira²; Maria José Fonseca³; Jacinta Gomes⁴ & Albertina Marques⁴

¹ Escola Superior de Saúde - IPVC, Professor adjunto. Doutoranda em Enfermagem UCP.

² Escola Superior de Saúde - IPVC, Professor adjunto.

³ Escola Superior de Saúde - IPVC, Professor adjunto. Doutoranda na UA.

⁴ Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE & Escola Superior de Saúde - IPVC, Enfermeira. Mestranda do IPVC- ESS.

Autor correspondente: **Salete Soares** (saletesoares@ess.ipv.pt)

Resumo

Baseados na supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico, desenvolvemos um estudo com a finalidade de contribuir com propostas para a praxis na supervisão em ensino clínico. A perspectiva dos estudantes que apresentamos com o objetivo de conhecer a percepção dos estudantes de enfermagem (EE) sobre a supervisão em ensino clínico realizada pelos enfermeiros tutores, faz parte de um estudo mais amplo. Enquadra-se no paradigma qualitativo, descritivo-exploratório e participaram quinze EE do 2.º e 3.º ano, maioritariamente do sexo feminino, média de idade 22 anos. Recorremos à entrevista semiestruturada para a recolha de dados e à análise de conteúdo segundo Bardin no tratamento dos dados. Os principais resultados revelam que os participantes concebem e percebem supervisão como processo de acompanhamento sistemático e orientação, potenciador do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, recorrendo a estratégias favorecedoras da aprendizagem. Emergem, ainda, sentimentos estimuladores e inibidores, mas potenciadores do desenvolvimento de maturidade.

Palavras-chave: Ensino clínico; supervisão; aprendizagem.

Abstract

Based on the supervision of Nursing Students in Clinical Education, we developed a study with the aim of contributing towards the supervisory practice in clinical education. The students' perspective that is presented, with the objective of knowing the perception of Nursing Students (NS) about the supervision in clinical education performed by nurse tutors, is part of a wider study. It fits into the qualitative, descriptive-exploratory paradigm and fifteen NS from the 2nd and 3rd years participated, mostly female, with an average age of 22. We resorted to a semi-structured interview for data collection and the analysis of the Bardin context in data processing. The main results revealed that participants conceive and understand

supervision as a systematic and orientation monitoring process, enhancing the development of personal and potential competences, using favourable learning strategies. Furthermore, stimulating and inhibiting feelings emerge but enhancers of development in maturity.

Keywords: Clinical education; supervision; learning.

Introdução

O grande desafio que se coloca hoje à formação em Enfermagem prende-se com o processo de (re)construção de saberes dos estudantes em ensino clínico. É importante ter subjacente as características multidimensionais deste processo que integram a sustentação teórica, reflexiva e crítica e o desenvolvimento de um quadro de competências.

O curso de licenciatura em Enfermagem (CLE), integrado no Ensino Superior Politécnico pressupõe que a formação tenha uma forte componente de ensino clínico. Segundo Abreu (2003) o contexto clínico pressupõe um percurso formativo que através de atividade cognitiva, mediada por vários fatores (psicológicos, situacionais, culturais e biológicos), transforma-se no confronto entre a informação e o desenvolvimento de uma ação, num contexto avaliativo e de controlo, através de processos auto ou hétero dirigidos.

Decorrente desta conceptualização a aprendizagem centrada no estudante não deixa de se repercutir e ser determinada, pelo contexto e organização, em que se insere (Fonseca 2006).

O contexto clínico, proporciona aos estudantes “espaço recursivo de observação, reflexão, debate e recomposição teórico-conceitual” (Abreu 2007, p. 189), onde o processo de supervisão “tem lugar em determinado(s) meio(s) ou contexto(s), envolve pessoas que desempenham determinadas funções com objetivos comuns” (Fonseca 2006, p. 3). A mesma autora acrescenta que este processo se configura estruturado e estruturante, que não obstante o objetivo comum, cada um dos atores cimenta papéis, funções e tarefas.

Fonseca (2006), reporta-se à supervisão como um instrumento aglutinador que assenta num processo dinâmico, interativo, mediador, facilitador e potenciador da aprendizagem através da experiência, sustentada numa relação de confiança e ajuda entre os participantes, para assim se alcançar o desenvolvimento de competências.

Em consonância com o referido, tendo subjacente a importância da supervisão em ensino clínico, desenvolvemos um estudo sobre a supervisão de estudantes de Enfermagem (EE), com o objetivo de conhecer a perceção dos estudantes de enfermagem sobre a supervisão em ensino clínico realizada pelos enfermeiros tutores, com a finalidade de contribuir com propostas para a praxis da supervisão dos estudantes neste percurso formativo.

No contexto da nossa pesquisa é utilizado um modelo de supervisão caracterizado pela existência de uma equipa constituída por: docente designado por gestor pedagógico, que desempenha funções integrantes e integradoras do processo de ensino e de aprendizagem teórico e prático, responsável pelo processo formativo dos estudantes antes, durante e após o ensino clínico; enfermeiro tutor, enfermeiro que exerce funções no contexto clínico e que tem uma participação direta e ativa na aprendizagem do estudante observando, ajudando ou substituindo-o no seu desempenho e, tem uma relação mais próxima do gestor pedagógico e a sua intervenção tem como unidade de tempo o período de duração do ensino clínico; e enfermeiro de referência,

um prestador de cuidados do contexto de trabalho que participa no processo de supervisão de forma esporádica, tendo por unidade de tempo o turno de trabalho (ESS-IPVC 2000).

Metodologia

O presente estudo enquadra-se no paradigma qualitativo do tipo descritivo exploratório.

O instrumento de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, utilizando-se para tratamento dos dados a análise de conteúdo segundo Bardin. As entrevistas foram realizadas, em julho de 2012, pelos próprios investigadores, segundo um guião previamente construído, recorrendo a gravação áudio, e respetiva transcrição.

Foram respeitados todos os procedimentos ético-deontológicos inerentes à realização de um trabalho de investigação. O estudo foi realizado numa instituição de ensino superior do Minho.

Participaram quinze EE do 2.º e 3.º ano, 10 estudantes frequentavam o 2.º ano e 5 frequentavam o 3.º ano do CLE, maioritariamente do sexo feminino (12), com média de idade 21,8 anos. O critério de seleção utilizado foi estudantes a frequentar o CLE e que tivessem realizado pelo menos um ensino clínico.

Análise dos resultados

O processo de supervisão sustenta-se em modelos, estruturas e cenários que explicam e descrevem as práticas supervisivas. Neste sentido, para conhecer a perceção dos estudantes sobre o modelo de supervisão em uso, analisamos as falas do EE, da qual emergiram os resultados que se expõem no quadro 1.

Para os estudantes o *conceito de supervisão* é entendido como um processo de acompanhamento sistemático, de orientação, de vigilância do processo de aprendizagem, de reflexão sobre as práticas e de avaliação formativa sistemática do supervisor. Neste sentido, parece-nos que o conceito de supervisão é percebido como um processo favorecedor da sua aprendizagem.

A sua *perceção relativa ao processo de supervisão* é que permite a avaliação, na sua perspetiva formativa, coerência entre a teoria e prática e o desenvolvimento de competências.

A *perceção da supervisão realizada pelos enfermeiros tutores* é evidenciada, por alguns estudantes, como sendo efetiva, no entanto outros consideram-na menos efetiva. Consideram-na um processo efetivo uma vez que se sentem emocionalmente apoiados, com condições para uma construção e reconstrução do seu desempenho como futuros enfermeiros. A supervisão menos efetiva está relacionada com a incapacidade que os tutores têm num acompanhamento assertivo dos estudantes. Na fala dos estudantes, as *estratégias de supervisão mobilizadas pelos enfermeiros tutores no ensino clínico*, consistem na mobilização de conhecimentos teórico-práticos, no questionamento, na complementaridade de papéis na supervisão e no acompanhamento da ação.

Quadro 1 – Síntese dos resultados do estudo

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Conceito de supervisão	Vigilância do processo de aprendizagem	
	Reflexão sobre as práticas	
	Avaliação formativa sistemática do supervisor	
	Processo de acompanhamento sistemático	> Evolução da aprendizagem > Detecção e correção de incidentes críticos
	Orientação	
Perceção relativa ao processo de supervisão	Permite a avaliação	> Auto avaliação sistemática > Sistemática > Formativa
	Permite coerência entre a teoria e prática	> Reconhecimento dos mesmos princípios de orientação > Continuidade no processo de aprendizagem
	Permite o desenvolvimento de competências	> Conhecimento do estudante > Conhecimento dos supervisores
Perceção da Supervisão realizada pelos enfermeiros tutores	Supervisão efetiva	> Coerência teórico-prática > Abertura comunicacional > Acompanhamento positivo > Modelos de cuidar > Acompanhamento emocional
	Supervisão menos efetiva	> Déficit de acompanhamento > Falta de assertividade > Desconhecimento dos objetivos do ensino clínico
Estratégias de Supervisão Mobilizadas pelos enfermeiros Tutores no ensino clínico	Mobilização de conhecimentos teórico práticos	
	Questionamento	> Articulação do diagnóstico com o tratamento > Motivação para a fundamentação das opções clínicas > Diagnóstico de conhecimentos teóricos
	Complementaridade de papéis na supervisão	
	Acompanhamento da ação	
Impacto do processo de supervisão	Sentimentos estimuladores ao processo de aprendizagem	> Medo > Ansiedade > Segurança
	Sentimentos inibidores ao processo de aprendizagem	
	Desenvolvimento de maturidade pessoal e profissional	
Sugestões de melhoria do processo de supervisão	Avaliações formativas	> Individual > Grupo
	Supervisão mais efetiva	
	Conhecimento do protocolo de estágio pelos enfermeiros	
	Reforçar estadios do estudante	

Emerge também o *impacto do processo de supervisão*, que resulta em sentimentos estimuladores e inibidores do processo de aprendizagem bem como o desenvolvimento da sua maturidade pessoal e profissional. Para estes estudantes o processo desencadeia diferente impacto de sentimentos antagônicos, para diferentes grupos, traduzindo crescimento e amadurecimento que se constitui como uma das grandes finalidades da supervisão – o desenvolvimento pessoal e profissional.

Nas *sugestões de melhoria do processo de supervisão*, os estudantes, apontam para a realização de avaliações formativas, quer em grupo quer individualmente, uma supervisão mais efetiva, assim como o conhecimento por parte dos enfermeiros, do protocolo do estágio e do estadió do estudante. Estas sugestões parecem-nos estar de acordo com o que dizem ser menos positivo, a supervisão menos efetiva, valorizarem o recurso a uma das ferramentas da supervisão com grande preponderância no seu sucesso, a avaliação na sua dimensão formativa. Salientam, também, a importância do conhecimento do estadió de aprendizagem do estudante, dos objetivos e estratégias processuais do ensino clínico como forma de melhorar a qualidade do processo de supervisão nestes momentos formativos.

Discussão dos resultados

A supervisão em ensino clínico é vista pelos participantes do estudo no mesmo sentido que encontramos na revisão da literatura da especialidade (Abreu 2002, 2003, 2007; Alarcão e Tavares 2003; Fonseca 2006; Rua 2011). Esta é entendida como um processo de acompanhamento sistemático, de orientação responsável, de reflexão sobre as práticas, no sentido de promover a aprendizagem e desenvolvimento de competências. No mesmo sentido, Fonseca (2006) refere que o processo de supervisão objetiva o desenvolvimento humano e profissional dos intervenientes, através do desenvolvimento de características físicas, psíquicas, cognitivas e sociais dos formandos resultante de um processo de informação através da reflexão-ação-reflexão, num ambiente de formação de adultos. A este processo acrescentam-se também o domínio avaliativo mencionado por Abreu (2003) “a supervisão clínica interfere com a aprendizagem na medida em que disponibiliza orientação e avaliação, mas também porque favorece os processos pessoais de controlo.” (p. 23). Também Gomes et al. (2012) no seu estudo sobre o processo de supervisão em ensino clínico, referiram que os estudantes têm uma perceção de supervisão, cuja primeira intenção passa por potenciar a aprendizagem, e o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.

Os estudantes consideram que a supervisão efetuada pelos tutores, é essencialmente efetiva com recurso a estratégias promotoras da reflexão e complementaridade de papéis, com impacto no desenvolvimento pessoal e profissional e desencadeador de sentimentos antagónicos de estimulação e inibição do processo de aprendizagem.

Kristofferzon et al. (2012) e Löfmark et al. (2012), nos estudos que realizaram, também constataram que o processo de supervisão contribui para o cumprimento dos objetivos inicialmente preconizados para o ensino clínico, tendo o enfermeiro tutor um papel mais direcionado para o desenvolvimento das competências da prática profissional e o docente para o desenvolvimento de competências crítico-reflexivas, realçando a importância da complementaridade de papéis entre os supervisores.

Para a melhoria do processo de supervisão, os estudantes sugerem uma avaliação formativa, individual e em grupo, reforçando a ideia que este processo de supervisão seja mais efetivo, como vemos mencionado no seguinte depoimento “...muita, bastante, o máximo possível, porque esta supervisão é muito importante...” EE2.

Quando os estudantes se referem a uma supervisão mais efetiva pensamos ser resultante daquilo que evidenciam como menos efetivo, que se relaciona com défice de acompanhamento, falta de assertividade e desconhecimento dos objetivos do ensino clínico. Estes aspetos parecem estar associados a dificuldades evidenciadas, pelos tutores, relativamente à falta de formação para o desempenho do papel de tutor e com as condições de trabalho (desempenho da prática simultânea à supervisão de estudantes), tal como referem Kristofferzon et. al (2012).

O desenvolvimento de competências, atitudes e identidades, deverá pressupor um trabalho de complementaridade dos atores através da construção de um processo de supervisão em ensino clínico assertivo.

Conclusão

O processo de supervisão em ensino clínico, é fundamental para a construção e reconstrução do conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes, resultando de um processo de mediação dos atores intervenientes, tendo em conta o debate e os desafios com que se deparam os contextos da prática e da formação em enfermagem. Deste estudo podemos inferir que, os estudantes de enfermagem têm uma perceção de supervisão, como um processo potenciador da sua aprendizagem, conjugando o seu crescimento e desenvolvimento nos contextos da prática.

As estratégias mobilizadas estão em consonância com esta visão supervisiiva, uma vez que promovem, estimulam a reflexão e englobam a interação intra e interpessoal, permitindo uma perspetiva sistémica na construção da identidade pessoal e profissional, também reforçada, pelo que referem ser, o impacto deste processo, no desenvolvimento da maturidade (pessoal e profissional).

Acreditamos que é fundamental investir na formação em supervisão, transformando-a num processo mais efetivo e integrador de uma avaliação formativa, focada no desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. Supervisão Clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*. 2002, 45, 55-57.
- ABREU, W. *Supervisão, Qualidade e ensinios clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Formasau, 2003.
- ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau, 2007.
- ALARCÃO, I. e TAVARES, J. *Supervisão e prática pedagógica - Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Almedina, 2003.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE. Instituto Politécnico de Viana do Castelo - *Modelos, Modos e Modalidade de Formação*, 2000 [consultado 25 de Julho 2012].

FONSECA, M. J. L. *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2006.

GOMES, J. et al. O processo de supervisão em ensino clínico. O que pensam os enfermeiros e estudantes. In: *Atas do Congresso Internacional de Supervisão em Enfermagem. Novas Perspetivas para a Mudança*. Braga: Centro de Investigação em Educação (CIEd) Universidade Minho, 2012, p. 229-239.

KRISTOFFERZON, M. L. et al. Nursing students' perceptions of clinical supervision: The contributions of preceptors, had preceptors and clinical lecturers. *Nurse Education Today*, 2012 [consultado 30 abril 2013]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.08.017>

LÖFMARK, A. et al. Nursing student's satisfaction whith supervision from preceptors and teachers during clinical practice. *Nurse Education in Practice*. 2012, 12, 164-169 [consultado 30 abril 2013]. Disponível em: www.elsevier.com/nejpr

RUA, M. S. *De Aluno a Enfermeiro: Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico*. Loures: Lusociência, 2011.

SILVA, R., PIRES, R. e VILELA, C. Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico - revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011, 3, 113-122.

Supervisão clínica em enfermagem: o que sabemos até agora?

Sónia Novais

ACES Grande Porto IV, Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila do Conde – ARS Norte, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Escola Superior de Enfermagem do Porto, Assistente convidada.

Autor correspondente: **Sónia Novais** (snovais@gmail.com)

Resumo

Falar em supervisão clínica em Enfermagem (SCE) não é falar de um conceito novo ou inovador. São vários os estudos que têm sido publicados neste âmbito ressaltando a importância deste processo no desenvolvimento profissional e na melhoria da qualidade dos cuidados e na melhoria dos resultados em saúde (Hyrkas e Paunonen-Ilmonen 2001). Em Portugal, a discussão em torno da SCE surgiu com o aparecimento do novo modelo de desenvolvimento profissional da Ordem dos Enfermeiros (OE 2009, p. 2). Deste modo, este trabalho centra-se numa temática pouco discutida e estudada no nosso país – a supervisão clínica de pares. Foi realizada uma pesquisa electrónica nas bases de dados indexadas. Dos artigos analisados 14 artigos referem-se a questões relacionadas com os modelos de SCE e sobre os efeitos e resultados do processo de SCE; 3 artigos referem-se à SCE como momento de desenvolvimento de competências; 4 artigos referem-se à tradução e validação de escalas relacionadas com a SCE; e 7 artigos referem-se a modelos de implementação do processo de SCE. Esta revisão de literatura permite-nos concluir que a principal área de atenção dos estudos realizados no âmbito da SCE de pares se relaciona com os modelos e com os efeitos e resultados da SCE.

Palavras-chave: Supervisão clínica; supervisão de pares; implementação; instrumentos.

Abstract

Speaking in clinical supervision in nursing (SCE) is not talking about a new or innovative concept. Several studies have been published in this field emphasizing the importance of this process in professional development and in improving the quality of care and health outcomes. In Portugal, the discussion around the SCE arose with the rise of a new professional development model from Ordem dos Enfermeiros (nursing national regulatory body). The present paper focuses on a subject little discussed and studied in Portugal, clinical peer supervision. Research was carried out in electronic databases indexed. Of all papers revised, 14 refer to issues related to SCE models and on the effects and results of SCE process; 3 articles refer to SCE as a moment

for skills development; 4 articles refers to translation and validation of scales related to SCE, and 7 articles are related to models of implementation the SCE process. This literature review allows us to conclude that the main area of focus of studies in peer SCE relates to the models, effects and results of SCE.

Keywords: Clinical supervision; peer supervision; implementation; instruments.

Enquadramento teórico

Falar em supervisão clínica em Enfermagem (SCE) não é falar de um conceito novo ou inovador. Na realidade, desde o início dos anos 90 que esta temática se encontra em discussão em vários países desenvolvidos, nomeadamente, nos EUA, Reino Unido e Escandinávia (Faugier e Butterworth 1994), porém, e segundo Abreu (2007), este início remonta aos primórdios da práxis clínica nos hospitais árabes. São vários os estudos que têm sido publicados neste âmbito ressaltando a importância deste processo no desenvolvimento profissional e na melhoria da qualidade dos cuidados e na melhoria dos resultados em saúde (Hyrkas e Paunonen-Ilmonen 2001).

Em Portugal, a discussão em torno da SCE surgiu com o aparecimento do novo modelo de desenvolvimento profissional da Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 2). Porém, por definição, a SCE não se limita apenas ao contexto de relação de supervisão num ambiente de ensino-aprendizagem, nem a um processo de desenvolvimento de competências de autonomia profissional ou de competências especializadas.

Objetivos e finalidade da comunicação

Deste modo, este trabalho centra-se numa temática pouco discutida e estudada no nosso país a supervisão clínica de pares e tem como principais objetivos:

- Oferecer uma análise das áreas de atenção no âmbito da SCE de pares que emergem dos estudos realizados desde 1994.
- Realizar uma análise crítica dos estudos empíricos encontrados atendendo às tendências e resultados que sobressaem da implementação de um processo de SCE de pares.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa electrónica com a utilização dos termos «Clinical Supervision» AND «Nursing», nas bases de dados indexadas EBSCO Host, Google Scholar e Science Direct.

Foram encontradas cerca de 2940 referências, às quais foram aplicadas os critérios de inclusão:

- Estudos empíricos referentes à temática SCE;
- Estudos que incluam apenas enfermeiros, e não estudantes;
- Estudos cuja metodologia de colheita e análise de dados é claramente explicada.

Foram excluídos os estudos duplicados, revisões de literatura e publicações não originais, tais como cartas a editor, editoriais, artigos de opinião, artigos publicados apenas sob a forma de resumo, e estudos realizados com outros profissionais de saúde que não enfermeiros.

Após a aplicação destes critérios foram analisados 28 artigos, dos quais foram incluídos 21 na discussão de resultados por estarem concordantes com todos os critérios de inclusão e exclusão.

Análise dos resultados

Em seguida é apresentado quadro resumo com a análise dos artigos encontrados.

Quadro 1 – Quadro resumo

AUTOR(ES) / ANO / PAÍS	METODOLOGIA	OBJECTIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
(Cruz, Carvalho, & Sousa, 2012) Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo; • Entrevista; • 18 enfermeiras relacionadas com cargos de gestão de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber a opinião dos enfermeiros chefe sobre a SCE num centro hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe a necessidade, para as chefias de enfermagem, de melhoria dos conhecimentos sobre SCE, de forma a desmistificar o processo supervisió; • A necessidade de formação em supervisão clínica é premente; • A importância da SCE ainda não é sentida em todos os serviços como uma necessidade.
(Kenny & Allenby, 2012) Austrália	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo; • Análise descritiva/interpretativa através de entrevista em grupo; • 22 enfermeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de um programa de SCE num meio rural • Avaliar as suas experiências durante a implementação desse programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • SCE desenvolvida em grupo; • Ambivalência nos sentimentos sobre a importância da SCE; • SCE não é vista como prioridade, quer pelos enfermeiros quer pela gestão; • Falta de clareza acerca do processo e o foco da SCE; • A escolha de supervisores externos foi reconhecida como dificultadora pela falta de conhecimento sobre a realidade de trabalho.
(Brunnero, 2012) Austrália	<ul style="list-style-type: none"> • Misto Abordagem analítica da implementação através de duas fases: análise e selecção de estratégias de implementação; • Aplicação do questionário desenvolvido por Bowles & Young; • 35 enfermeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a implementação da SCE nas diferentes especialidades de um hospital terciário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escolhido o modelo de Driscoll como modelo de implementação da SCE e o modelo de Proctor como modelo de SCE; • A dimensão restaurativa do modelo de Proctor surge como a mais proeminente; • Diferença significativa quanto à adesão a um programa de SCE; • Serviços com maior autonomia mantiveram a SCE mais tempo implementada.
(Cross, Moore, Sampson, Kitch, & Ockerby, 2012) Austrália	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo; • Entrevista; • Estudo de caso; • 2 enfermeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar a importância e os benefícios percebidos da SCE durante a transição para o papel de enfermeira numa UCI. 	<ul style="list-style-type: none"> • SCE como forma de desenvolvimento de competências de consciencialização, confiança e liderança; • Desenvolvimento de estratégias para lidar com o stress • Período de reflexão sobre as práticas; • Pertinência do domínio de suporte numa fase de desenvolvimento profissional inicial.
(Nicholson, Griffin, Gillis, Wu, & Duning, 2012) Austrália	<ul style="list-style-type: none"> • Misto; • Performance Based Scoring Rubric; • 32 enfermeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar a validade e a confiança da Performance Based Scoring Rubric, desenhada para avaliar as competências das enfermeiras instrumentistas num bloco operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> • Este instrumento aplica-se a uma área específica e técnica da intervenção de enfermagem; • Este instrumento foi construído tendo por base a teoria de Benner de desenvolvimento de competências de enfermagem; • Durante a sua validação foi aplicado a enfermeiras desde iniciantes a peritas; • Neste contexto a escala revelou ser confiável e consistente.
(Cruz S., 2011) Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • Misto; • Manchester Clinical Supervision Scale (MCSS); • 230 enfermeiras; • Painel de 3 experts. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traduzir e validar para a língua portuguesa a Manchester Clinical Supervision Scale (MCSS). 	<ul style="list-style-type: none"> • A escala foi sujeita a processo de tradução e retradução e comparabilidade com um painel de experts; • Tem adequação à cultura e prática de SCE, bem como apresenta uma boa consistência.
(Cruz S., 2011) Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo; • Estudo exploratório, descritivo e longitudinal; • 61 enfermeiros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um modelo de suporte à prática da SCE em Portugal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neste modelo supervisor e supervisados trabalham no mesmo local; • Tal como em outros estudos a função restaurativa apresenta-se como primordial.
(Henrik, 2009) Suécia	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitativo; • Questionário com 24 itens; • 58 enfermeiras chefes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer quais são as competências de Enfermagem necessárias num serviço de urgência, na opinião das enfermeiras chefes; • Perceber de quem é a responsabilidade para o seu desenvolvimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe uma necessidade permanente de actualização de conhecimentos num departamento como o de emergência; • A responsabilidade pela qualidade dos cuidados recai sobre a chefia de Enfermagem; • O desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação, bem como de competências técnicas de actuação emergem como as grandes prioridades; • O desenvolvimento de competências deve emergir de cada profissional, porém as chefias de Enfermagem deve garantir as condições necessárias a que tal aconteça.

<p>(Lynch & Happell, 2008) Austrália</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo; • Estudo exploratório, com diferentes fases, com auditoria aos registos do processo de SCE e entrevistas semi-estruturadas; • 7 enfermeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar e avaliar um modelo de implementação de SCE. 	<ul style="list-style-type: none"> • A SCE surge como uma necessidade em períodos de transição ou mudança organizacional; • Apoiada em dados da gestão, nomeadamente o turnover e absentismo para perceber o contexto e a perspectiva profissional deve porém surgir autonomamente da gestão; • A implementação de qualquer modelo de SCE deve assentar no desenvolvimento de cinco fases distintas que se articulam entre si, com tarefas distintas.
<p>(Allelyne & Jumaa, 2007) Reino Unido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo; • Estudo de caso; • 6 enfermeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a ligação entre teoria de gestão e as práticas clínicas das enfermeiras dos cuidados de saúde primários, melhorando dessa forma a qualidade de cuidados prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções relacionadas com a gestão e a liderança têm uma influência significativa na capacidade de melhoria da qualidade dos cuidados; • A utilização de diferentes técnicas e abordagens aumentou a confiança no processo supervisiivo; • A utilização de um modelo estruturado permitiu a facilitação de todo o processo.
<p>(Edwards, et al, 2006) Reino Unido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitativo; • Maslach Burnout Inventory (MBI); • Manchester Clinical Supervision Scale (MCS5); • 216 enfermeiras especialistas em saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o grau de influência da SCE nos níveis de burnout referidos pelas enfermeiras especialistas em saúde mental que trabalham em contexto comunitário. 	<ul style="list-style-type: none"> • 73% das enfermeiras estavam integradas em programas de SCE no seu local de trabalho; • Existia uma variação grande sobre a forma como era realizada a SCE e nos modelos adoptados por cada instituição; • Os enfermeiros homens, mais novos, e que não se encontravam integrados num processo de SCE apresentavam níveis de burnout mais elevados; • Do mesmo modo, a falta de tempo para as sessões de SCE aumenta os níveis de stress; • Os enfermeiros com percepção de suporte por parte dos seus supervisores mais elevada apresentam níveis de burnout menores.
<p>(Hykas, Appelkvist-Schmidlechner, & Kaatja, 2006) Finlândia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitativo • Questionário sobre os antecedentes profissionais; • Manchester Clinical Supervision Scale (MCS5); • Maslach Burnout Inventory (MBI); • Good Nursing Care - questionnaire; • 799 enfermeiros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar como os antecedentes dos supervisados e as infra-estruturas organizacionais que os rodeiam permitem prever a eficácia da supervisão clínica entre as equipas de enfermagem finlandesas, a sua satisfação com o trabalho, os níveis de burnout e suas percepções acerca da qualidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os antecedentes e a estrutura organizacional onde os enfermeiros se encontram envolvidos têm uma influência na apreciação que fazem acerca da eficácia da SCE. Essa avaliação é preditiva do seu nível de burnout, da sua satisfação com o trabalho e da percepção que têm sobre a qualidade dos cuidados; • É necessário um investimento grande na formação de competências dos supervisores clínicos.
<p>(Deery, 2005) Reino Unido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo; • Investigação-acção; • 8 enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar as experiências e visão das necessidades de suporte das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica que trabalham na comunidade; • Identificar de que forma elas gostariam de receber esse mesmo suporte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Este estudo salienta que devido a mudanças organizacionais as necessidades de suporte destas enfermeiras não se encontra a ser totalmente satisfeita; • Muitas das suas necessidades diferem das necessidades organizacionais; • As necessidades de atingimento de indicadores de produtividade abafam a filosofia e o sentido dos cuidados no âmbito desta especialidade; • Neste estudo foi sobretudo valorizada a função de suporte da SCE, nomeadamente no desenvolvimento de competências de relação interpessoal.
<p>(Hastings, Lennon, Redsell, & Cheater, 2003) Reino Unido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Misto • Workshop de 3 dias; • Questionário; • Entrevista semi-estruturada; • 10 enfermeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o impacto do treino na utilização de um instrumento - o Consultation Assessment and Improvement Instrument for Nurses - no desenvolvimento de competências nos Enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde primários. 	<ul style="list-style-type: none"> • O instrumento foi validado para a população onde foi aplicado; • O programa destina-se ao desenvolvimento de novas competências ao nível dos cuidados de saúde primários, nomeadamente na gestão de doença crónica e na aplicação de protocolos de prestação.
<p>(Teasdale, Brocklehurst, & Thom, 2001) Austália</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Misto; • Maslach Burnout Inventory (MBI); • Nursing in Context Questionnaire (NCQ); • Análise de conteúdo dos relatórios de incidentes críticos; • 211 enfermeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os efeitos da SCE e do suporte informal para as enfermeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • As enfermeiras integradas em programas de SCE continuavam a utilizar redes informais de suporte, bem como as reuniões de SCE para discussão de temas relacionados com a prática clínica; • Não existem diferenças significativas para os níveis de stress e burnout das enfermeiras integradas num programa de SCE e das que não estão, porém no NCQ, as diferenças são mais significativas, nomeadamente com apresentação de melhores resultados nos itens de comunicação e suporte, e coping das enfermeiras que têm SCE.
<p>(Sloan, 1999) Reino Unido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo • Entrevista Focus Group; • 8 enfermeiras participaram na entrevista; • 6 enfermeiras participaram no focus group. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar, na perspectiva dos supervisados, as características de um bom supervisor; • Estabelecer um ranking sobre essas características; • Explorar as experiências das enfermeiras sobre o processo supervisiivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de separar a supervisão clínica de pares da gestão; • Necessidade de formação e treino, tanto para supervisores como para supervisados, nomeadamente sobre o processo supervisiivo, os modelos de supervisão; • A possibilidade de escolha do supervisor e de definição da agenda das reuniões pelos supervisados.

<p>(Blackford & Street, 1999) Austrália</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo • Aplicação da adaptação do modelo de Smith desenvolvido em 1984 composto por 4 fases e 8 enfermeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a adequação de um modelo de SCE, no desenvolvimento profissional dos enfermeiros em contexto de cuidados pediátricos; 	<ul style="list-style-type: none"> • A oportunidade de reflexão sobre as práticas foi apontada como uma mais-valia ao processo de SCE; • A consciencialização sobre a qualidade dos cuidados permitiu a desconstrução e reconstrução de práticas aliçadas em reflexão e um novo entendimento sobre elas; • Uma das dificuldades referida no decurso deste processo foi a falta de tempo disponível para as conferências de supervisão.
<p>(Bowles & Young, 1999) Reino Unido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Misto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de um instrumento de avaliação dos processos supervisivos baseado no modelo de três funções de Proctor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neste modelo os supervisores são externos ao serviço onde a SCE é realizada; • Apenas metade tem categoria profissional superior à do supervisado; • As respostas aos questionários apontam para benefícios da SCE nas três funções propostas por Proctor; • O tempo de experiência do supervisor é directamente proporcional à satisfação dos supervisados; • Do mesmo modo, quanto mais tempo de experiência profissional no mesmo serviço, menos valorizadas as funções formativas e restaurativas.
<p>(White, et al., 1998) Reino Unido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo; • Entrevistas semi-estruturadas; • 34 enfermeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma visão sobre a utilidade de alguns instrumentos estandardizados para avaliação dos processos de SCE; • Elaborar um relatório das actividades supervisivas já implementadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não existe uma definição de SCE, nem as pessoas envolvidas conseguem ainda definir claramente o seu âmbito e abrangência; • A estrutura de SCE mais comum é de um para um, mas existem também experiências de SCE em grupos de 5 supervisados; • Uma das regras é a confidencialidade da informação que é partilhada nesses encontros; • Não existe um modelo para o processo que se encontra na génese e na orientação da SCE, embora quando referido, o modelo que se salienta é o modelo de Proctor; • Em termos de resultados, estes organizam-se em dois níveis: pessoal e organizacional; • As principais preocupações referidas são o tempo, o treino, a preparação para a SCE e a ligação deste processo aos cuidados prestados ao doente.

Discussão dos resultados

Notamos que a maioria dos estudos foi realizada em países anglo-saxónicos, sendo que no nosso país os estudos realizados neste âmbito foram efectuados pelo mesmo investigador.

Os estudos realizados apresentam baixos níveis de evidência. E centram-se principalmente nos efeitos e nos resultados da SCE e não na forma como se implementa, nem em modelos de supervisão.

Existem poucos estudos que evidenciem as características do supervisor clínico em Enfermagem, e como é realizada a sua formação.

O tamanho das amostras e a diferença de metodologia de avaliação de resultados torna difícil a sua generalização e a sua comparabilidade.

Conclusões

A SCE de pares é uma área de investigação menos valorizada pelos enfermeiros em todo o mundo.

Da pesquisa realizada, o estado da arte revela-nos estudos de baixa evidência e centrados nos efeitos e resultados.

É necessário aprofundar aspetos relacionados com a cultura das organizações no âmbito da SCE, quais as áreas de cuidados em que prioritariamente deveria ser implementada, deste modo pensando se esta se destina a todos os Enfermeiros.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. C. *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- ALLEYNE, J. e JUMAA, M. Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal of Nursing Management*. 2007, 15, 230-243.
- BLACKFORD, J. e STREET, A. The potential of 'peer' clinical supervision to improve nursing practice. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 1999, 2, 205-212.
- BOWLES, N. e YOUNG, C. An evaluative study of clinical supervision based on Proctor's three function interactive model. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, 30(4), 958-964.
- BRUNNERO, S. The process, logistics and challenges of implementing clinical supervision in a generalist tertiary referral hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012, 26, 186-193.
- CROSS, W., MOORE, A., SAMPSON, T., KITCH, C. e OCKERBY, C. Implementing clinical supervision for ICU outreach nurses: A case study of their journey. *Australian Critical Care*. 2012, 25, 263-270.
- CRUZ, S. Clinical supervision in nursing: effective pathway to quality. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*. 2011, 29, 286-291.
- CRUZ, S. Translation and validation of the Manchester Clinical Supervision Scale: effective clinical supervision evaluation. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*. 2011, 29, 51-56.
- CRUZ, S., CARVALHO, L. e SOUSA, P. Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*. 2012, 69, 864-873.
- DEERY, R. An action-research study exploring midwives' support needs and the affect of group clinical supervision. *Midwifery*. 2005, 21, 161-176.
- EDWARDS, D. et al. Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2006, 15, 1007-1015.
- FAUGIER, J. e BUTTERWORTH, T. *Clinical Supervision: A position paper*. University of Manchester: School of Nursing Studies, 1994.
- HASTINGS, A., LENNON, M., REDSELL, S. e CHEATER, F. Evaluation of a consultation skills workshop using the Consultation Assessment and Improvement Instruments for Nurses. *Learning in Health and Social Care*. 2003, 2(4), 202-212.
- HENRIK, A. Questioning nursing competencies in emergency health care. *Journal of Emergency Nursing*. 2009, 35(4), 305-311.
- HYKAS, K., APPELKVIST-SCHMIDLECHNER, K. e KAATAJA, R. Efficacy of clinical supervision: Influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, 55(4), 521-535.
- HYRKAS, K. e PAUNONEN-ILMONEN, M. The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Nursing and Health Care Management*. 2001, 33(4), 492-502.
- KENNY, A. e ALLENBY, A. Implementing clinical supervision for Australian rural nurses. *Nurse Education in Practice*, 2012, 1-5.
- LYNCH, L. e HAPPELL, B. Implementation of clinical supervision in action: Part 2: Implementation and beyond. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008, 17, 65-72.
- LYNCH, L. e HAPPELL, B. Implementation of clinical supervision in action: Part 3: The development of a model. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008, 17, 73-82.

LYNCH, L. e HAPPELL, B. Implementing clinical supervision: Part 1: Laying the ground work. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008, 17, 57-64.

NICHOLSON, P., GRIFFIN, P., GILLIS, S., WU, M. e DUNING, T. Measuring nursing competencies in the operating theatre: instrument development and psychometric analysis of Item Response Theory. *Nurse Education Today*. 2012, 33(9), 1088-93.

ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE]. Modelo de desenvolvimento profissional. *Newsletter – Estudante*. 2009, 1, 1-4.

SLOAN, G. Good characteristics of a clinical supervisor: a community mental health nurse perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, 30(3), 713-22.

TEASDALE, K., BROCKLEHURST, N. e THOM, N. Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, 33(2), 216-224.

WHITE, E. et al. Clinical supervision: insider reports of a private world. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, 28(1), 185-192.

A prática da supervisão de estudantes na disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar do Adulto II

Jennara Candido do Nascimento¹; Joselany Áfio Caetano² & Luís Carvalho³

¹ Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza (CE), Brasil. Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

² Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza (CE), Brasil. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação.

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador. Doutor em Ciências da Educação.

Autor correspondente: **Jennara Nascimento** (jennaracandido@yahoo.com.br)

Resumo

Introdução: O modelo de supervisão de estudantes apresentado tem sido utilizado no sexto semestre no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, na disciplina teórico-prática “Enfermagem no processo de cuidar do adulto II”, de 22 créditos. Corresponde à primeira disciplina curricular onde a aprendizagem dos cuidados de enfermagem se processa no âmbito hospitalar, o que representa para o aluno um momento de muita ansiedade, medo e estresse, já que corresponde ao início da prática clínica. Dentro desta proposta, a inclusão de um supervisor constitui importante contributo para o alcance dos objetivos propostos para a formação do enfermeiro. **Objetivo:** Descrever a experiência da supervisão de estudantes junto dos alunos do sexto semestre do curso de enfermagem. **Método:** A abordagem metodológica foi qualitativa, descritiva e exploratória, realizada num hospital universitário e nas aulas de tutoria, com 33 alunos do curso de Enfermagem, devidamente matriculados no sexto semestre, no período de março a junho de 2012, independente da idade e do sexo. Os dados foram colhidos através de questionário aberto e analisados com base na literatura selecionada. **Resultados:** Os alunos relataram que a presença das supervisoras na prática clínica e nas aulas de tutoria foi positiva, contribuindo para a aprendizagem dos conteúdos procedimentais, bem como para a aprendizagem dos conteúdos verbais e atitudinais. No entanto, destacaram como pontos negativos o curto período de tempo para desenvolver as referidas aprendizagens no hospital, e o revezamento entre as supervisoras num único grupo. Algumas sugestões foram referidas, tais como: aumento do tempo de prática clínica e a padronização dos conteúdos ministrados nas duas turmas de aulas de tutoria. **Considerações finais:** A articulação entre alunos e supervisores tem-se mostrado positiva, uma vez que a aprendizagem se torna mais democrática, oferecendo a cada aluno a possibilidade de um acompanhamento individualizado.

Palavras-chave: Supervisão de enfermagem; ensino; avaliação.

Abstract

Introduction: The students' supervision model presented has been used in the sixth semester of the Undergraduate Nursing Course at the Universidade Federal do Ceará - UFC, in the theoretical-practical subject "Nursing in adult care process II," with 22 credits. It corresponds to the first curricular subject where learning of nursing practices takes place within the hospital environment, which represents for students a moment of great anxiety, fear and stress, once it marks the onset of clinical practice. Within this proposal, the inclusion of a supervisor is an important contribution to achieving the objectives proposed for the nurses training. **Objective:** To describe the experience of supervision among students of the sixth semester of the undergraduate nursing course. **Methods:** It was a qualitative, descriptive and exploratory study, carried out in a university hospital and in tutoring classes, with 33 nursing students, duly enrolled in the sixth semester, from March to June 2012, regardless of age and gender. Data were collected through open-ended questionnaire and analyzed based on selected literature. **Results:** Students reported that the presence of supervisors in clinical practice and in tutoring classes was positive, contributing to the learning of procedures content, as well as to the learning of verbal and attitudinal content. However, they pointed out as negative aspects the short period of time to develop the mentioned learning in the hospital, and the supervisory relay in a single group. Some suggestions were mentioned, such as: increased length of clinical practice and standardization of the content taught in both tutoring classes. **Final considerations:** The relationship between students and supervisors has proved to be positive, as learning becomes more democratic, offering each student the possibility of an individualized guidance.

Keywords: Nursing, supervisory; teaching; evaluation.

Enquadramento teórico do tema e finalidade da comunicação

O enfermeiro atua em diferentes áreas como assistência, ensino e pesquisa utilizando para isto conhecimentos, habilidades e atitude em diferentes áreas do cuidar, tais como o hospital, ambulatórios, comunidade e no próprio domicílio do cliente. O desenvolvimento da supervisão de estudantes exige deste profissional saberes muito bem definidos, que lhe permitam atuar de forma clara e objetiva no ensino, na pesquisa e extensão.

O ensino de enfermagem no Brasil passou por diversas transformações ao longo do tempo, acompanhando as mudanças ocorridas no âmbito sócio-político-econômico, educacional e de saúde (Ito et al. 2006). Dentro deste contexto o perfil exigido ao profissional enfermeiro adquiriu novas dimensões, permitindo a este profissional atuar em diversas áreas através de um agir mais qualificado.

O curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) visa graduar enfermeiros com formação generalista, capaz de conhecer e intervir no processo saúde - doença nos diferentes níveis de atenção à saúde e à complexidade do cuidado, tendo como eixo condutor as ações de promoção da saúde, prevenção no âmbito da assistência, ensino e pesquisa (Dias et al. 2000, p. 16).

No elenco de disciplinas ofertadas no sexto semestre no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC tem-se a disciplina teórico-prática "Enfermagem

no processo de cuidar do adulto II”, de 22 créditos. Corresponde à primeira disciplina onde a aprendizagem dos cuidados de enfermagem se processa no âmbito hospitalar, o que representa para o aluno um momento de muita ansiedade, medo e estresse, já que corresponde ao início da prática clínica.

Dentro desta proposta a articulação entre alunos de graduação e supervisores, que neste caso correspondem aos enfermeiros do curso de pós-graduação da Universidade Federal do Ceará – UFC se constitui importante para o alcance dos objetivos propostos para a formação do profissional.

Na área da saúde o termo supervisão ainda não apresenta um conceito único, podendo adquirir definições diversas, de acordo com o contexto em estudo. A supervisão clínica designa 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 profissional (Abreu 2007).

A literatura tem apresentado várias experiências que versam sobre a supervisão no ensino clínico em diferentes áreas, tais como: enfermagem e psicologia (Barreto e Barletta 2010; Simões e Garrido 2007; Laranjeira 2006; Alarcão e Rua 2005; Tavora 2002). Observou-se que os resultados obtidos reforçam a necessidade de incluir um supervisor no contexto formativo, propiciando ao aluno o desenvolvimento de competências nas dimensões cognitivas, comunicacionais, atitudinais e técnicas. Todo esse esforço representa o compromisso com a formação de excelência, individualizada e integral.

Pelo exposto, a articulação entre alunos da pós-graduação e graduandos têm se mostrado positiva, uma vez que o aprendizado se torna mais democrático, ofertando a cada aluno a possibilidade de um acompanhamento individualizado durante o desenvolvimento de suas atividades práticas, reduzindo a ansiedade e minimizando a ocorrência de iatrogênias/acidentes.

Sabe-se que a demanda de alunos por professor dificulta este acompanhamento personalizado. Em média as turmas práticas possuem entre seis e oito alunos por campo de prática, exigindo dos formadores a capacidade de coordenar as atividades de modo que os alunos executem as atividades propostas sob supervisão.

Cada indivíduo aprende de maneira diferente (Bossemeyer e Moura 2006), partindo deste pressuposto incorporação de monitores no desenvolvimento das atividades práticas, em campo de estágio ou em laboratório, durante a formação dos discentes do curso de Enfermagem parece ser pertinente.

Objetivo

Descrever a experiência da supervisão de estudantes do sexto semestre do curso de enfermagem.

Metodologia

A abordagem metodológica foi qualitativa, descritiva e exploratória, realizada num hospital universitário e nas aulas de tutoria, com alunos do curso de enfermagem, no período de março a junho de 2012.

A amostra da pesquisa foi escolhida por conveniência e teve como critérios de inclusão estar matriculados no sexto semestre, cursando a disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar do Adulto II, independente da idade e do sexo. Foram desconsiderados todos os alunos que estavam nos semestres iniciais e aqueles que estavam a concluir o curso. Deste modo, a amostra final do estudo foi composta de 33 alunos do curso de enfermagem.

Sobre os supervisores, tratou-se de enfermeiros, alunos do curso de pós-graduação de uma universidade federal, mestrado e doutorado, de ambos os sexos, com experiência na prática clínica, que estavam cursando a disciplina de estágio a docência I e II.

Os dados foram coletados através de um questionário constituído de duas partes, a saber: caracterização do aluno (idade e sexo) e outra voltada para avaliação do processo de acompanhamento dos supervisores de prática, em torno de três eixos – pontos positivos, pontos negativos e sugestões.

Primeiramente, realizou-se a leitura dos dados na íntegra, para apreensão inicial de seus conteúdos, sendo estes agrupados por similaridade e frequência, sendo analisados em torno dos três eixos supracitados e fundamentados com base na literatura selecionada.

Em observância à legislação que regulamenta a pesquisa em seres humanos, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos, riscos, desconfortos e benefícios. Tiveram a garantia do anonimato, sendo assim denominado como A1, A2, A3 e assim sucessivamente, bem como o respeito ao desejo de participarem ou não.

Resultados e discussão

Do total analisado, houve predominância de acadêmicos do sexo feminino, constituindo 90,9% (30), com faixa etária variando de 20 a 28 anos. Com relação aos dados da avaliação do processo de acompanhamento dos supervisores de prática, os alunos relataram que a presença das supervisoras na prática clínica e nas aulas de tutoria foi positiva, contribuindo para a aprendizagem dos conteúdos procedimentais, bem como para a aprendizagem dos conteúdos verbais e atitudinais, conforme se observa nos relatos abaixo:

Ajuda bastante à presença delas no estágio, pois nos tranquiliza ao fazermos o procedimento não havendo pressão psicológica e o medo de errar (A2).

Deixa o aluno mais seguro na hora de realizar a prática, pois já tem pelo menos noção de como fazer (A5). Ela ajudava e dava suporte para a professora.

Eram muitos procedimentos e a professora sozinha não daria conta (A27).

A prática hospitalar para o estudante de graduação é uma exigência na sua formação, e também uma preparação para o mundo profissional, já que neste momento o estudante se depara com uma série de fatores que podem dificultar o seu desempenho, tais como: realização de procedimentos técnicos; uso de novas tecnologias e equipamentos; supervisão constante do docente e colaboradores; sistema de avaliação da prática; relação com o doente; a incerteza da expectativa do docente em relação a sua atuação acadêmica e a própria dinâmica hospitalar.

Deste modo, os enfermeiros como supervisores em ensino clínico utilizam as estratégias de supervisão com a finalidade de prestar atenção, clarificar, encorajar, servir de espelho, dar

opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar, estabelecer critérios e condicionar (Simões e Garrido 2007). Além destes, a supervisão visa fortalecer o embasamento teórico, fortalecer a conduta ética, assim como, desenvolver o raciocínio e manejo do processo clínico (Barreto e Barilleta 2010).

No entanto, apesar do emprego de estratégias para minimizar as dificuldades, tal como a inclusão dos alunos de pós-graduação na supervisão, houve relatos que apontaram deficiências nesse processo de acompanhamento, reforçando a necessidade de se elaborar novas estratégias para tornar estas práticas mais adequadas ao contexto dos alunos.

O modo de lidar com o aluno... ficou um pouco de imposição...no sentido de ser: "não é assim!". O aluno acaba achando que não é capaz (A7).

Curto período de tempo para desenvolver as referidas aprendizagens no hospital(A1).

O revezamento entre as supervisoras num único grupo (A1, A29).

O aprendizado prático de uma profissão como a enfermagem é marcado por sentimentos de dúvida, decepção, medo, ansiedade, tristeza, raiva e angústia (Mauro, Santos, Oliveira e Lima 2000; Garro, Camilo e Nóbrega 2006). No contexto da formação, uma das grandes dificuldades encontradas pela equipe docente é de propor um método que auxilie na superação das dificuldades, permitindo ao aluno desenvolver as competências necessárias ao exercício da enfermagem.

Diante das fragilidades relatadas, algumas sugestões foram referidas, tais como: aumento do tempo de prática clínica e a padronização dos conteúdos ministrados nas duas turmas de aulas de tutoria como forma de minimizar os problemas.

Considerações finais

A articulação entre alunos e supervisores tem-se mostrado positiva, uma vez que a aprendizagem se torna mais democrática, oferecendo a cada aluno a possibilidade de um acompanhamento individualizado.

Diante exposto, acreditamos ser relevante a supervisão de estudantes de enfermagem no contexto da formação, embora ainda seja necessário desenvolver outras estratégias para minimizar os problemas relacionados a esse processo. Assim, algumas estratégias parecem ser pertinentes a este processo, tais como: a construção de protocolos de procedimentos, elaboração de oficinas, dentre outros.

Como limitações do estudo cita-se a não aplicação do questionário com alunos do último período e posterior comparação dos resultados, com aqueles obtidos junto aos alunos do sétimo semestre. É necessário estabelecer aproximações e identificar distanciamentos entre os relatos dos alunos, em momentos distintos no processo formativo, em relação à supervisão realizada.

Referências bibliográficas

- ABREU, J. C. W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Que parcerias para a excelência em saúde?* 1ª ed. Coimbra: Sinais Vitais, 2003.
- ALARCÃO, I. e RUA, M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm.* 2005, **14**(3), 373-82. BARRETO, M. C. e BARLETTA, J. B. A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde.* 2010, **12**(12), 155-171.
- BOSSEMEYER, D. e MOURA, E. R. F. *Formação de formadores: Manual de referência* (revisão e adaptação para o programa de apoio a prevenção do HIV/AIDS). Baltimore: JHPIEGO/Johns Hopkins University, 2006.
- DIAS, A. M. I., LEITÃO, V. M. e ALMEIDA, C. L. S., org. *Projeto político - pedagógico de curso: Graduação em Farmácia, Odontologia e Enfermagem.* Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, UFC/Pró-reitoria de Graduação, 2006.
- GARRO, I. M. B., CAMILLO, S. O. e NÓBREGA, M. P. S. Depressão em graduandos de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2006, **19**(2), 162-167.
- ITO, E. E., PERES, A. M., TAKAHASHI, R. T. e LEITE, M. M. J. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2006, **40**(4), 570-575.
- LARANJEIRA, C. A. Aprendizagem pela experiência em enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2006, **14**(2), 176-181.
- MAURO, M. Y. C., SANTOS, C. C., OLIVEIRA, M. M. e LIMA, P. T. O estresse e a prática de enfermagem: quando parar e refletir? -uma experiência com estudantes de enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem.* 2000, vol. 13, número especial, parte II, 44-48.
- SIMÕES, J. L. e GARRIDO, A. S. Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2007, **16**(4), 599-608.
- TAVORA, M. T. Um modelo de supervisão clínica na formação do estudante de psicologia: a experiência da UFC. *Psicologia em Estudo.* 2002, **7**(1), 121-130.

Supervisão colaborativa – concepções dos enfermeiros

Germana Pinheiro¹; Ana Paula Macedo² & Nilza Costa³

¹ Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E., Enfermeira.

² Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Professor coordenador.

³ Universidade de Aveiro - Departamento de Educação, Professor catedrático.

Autor correspondente: **Germana Pinheiro** (germanapinheiro@sapo.pt)

Resumo

A supervisão colaborativa fundamenta a permanente transformação dos conhecimentos e práticas profissionais, numa perspetiva coformativa e desenvolvimentista. Neste âmbito, o presente estudo tem como objetivo compreender as concepções dos enfermeiros sobre a supervisão colaborativa na prática de cuidados. Assim, optou-se por uma investigação de natureza qualitativa e interpretativa, especificamente um estudo de caso, integrando como participantes uma equipa de Enfermagem de um serviço de Medicina Interna de um centro hospitalar da região norte de Portugal. Na recolha de informação recorreu-se à triangulação de diferentes técnicas, nomeadamente a análise documental, a observação não participante e a entrevista semiestruturada. Os enfermeiros participantes referem que colaborar se aproxima de partilhar, trabalhar em equipa e ajudar o Outro, existindo privilegiados momentos colaborativos na prática de cuidados, designadamente: as passagens de turno, as reuniões e a formação em serviço. A supervisão emerge, ainda, como uma realidade longe da prática de cuidados e os enfermeiros tendem a possuir uma visão verticalizada do processo supervensivo. Conclui-se que apesar dos conceitos de supervisão e colaboração tenderem a despontar de modo espontâneo e informal na prática de cuidados, encontram-se intimamente relacionados com o contínuo desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Palavras-chave: Supervisão; colaboração; enfermagem.

Abstract

The collaborative supervision finds a permanent transformation of knowledge and professional practices in a co-formative and developmental perspective. In this context, this study aims to understand the perspective of nurses on collaborative supervision in caring practices. It was used a qualitative and interpretative method, specifically the case study, integrating as participants a nursing team of an internal medicine service in a hospital in

the north region of Portugal. For data collection it was used the triangulation of different techniques, namely document analysis, non-participant observation and semi-structured interview. The participants indicate that collaboration is based on sharing, team working and helping the others, having collaborative moments in caring practices, particularly the shift report, meetings and training in workplace. Supervision emerges also as a distant reality from caring practices and nurses tend to have a vertical view of supervision practices. We conclude that although the concepts of supervision and collaboration tend to emerge so spontaneous and informally in caring practices, they are intimately related to continuous professional development of nurses.

Keywords: Supervision; collaboration; nursing.

Enquadramento

Sendo a Enfermagem uma ciência que age num meio em constante mutação, torna-se fundamental que se abandone o individualismo e se valorize a partilha, a interação e a reflexão coletiva. Neste âmbito, Roldão (2007) menciona que o trabalho colaborativo em contexto profissional se organiza “como um processo de trabalho articulado e pensado em conjunto, que permite alcançar melhor os resultados visados” (p. 27). Neste contexto, o trabalho colaborativo entre os enfermeiros pressupõe uma relação recíproca, onde a partilha de metas, compromissos e diferentes pontos de vista, conduz à resolução mais efetiva dos problemas da prática de cuidados (Hanson e Spross 2009). Deste modo, na prática de cuidados ocorrem momentos coformativos privilegiados, que fomentam a atualização e expansão dos conhecimentos profissionais (Abreu 2007; entre outros). Destes pode-se salientar as passagens de turno, as reuniões em serviço e a formação em serviço, que apesar de não estarem livres de conflitos ou divergências, constituem espaços de formação coletiva em contexto de trabalho (Macedo 2012). Deste modo, o encontro do Eu com o Outro permite expandir os horizontes pessoais limitativos e encontrar a solução mais adequada para os problemas da prática de cuidados.

Referindo-se aos contributos da colaboração, Hargreaves (1998) expõe que a colaboração promove a satisfação pessoal e profissional, a autonomia profissional, a *eficiência* e *eficácia* acrescidas e o desenvolvimento profissional contínuo. Neste âmbito, Boavida e Ponte (2002) mencionam que a colaboração potencia “condições para enfrentar, com êxito, as incertezas e obstáculos que surgem” (p. 3) no contexto profissional. Assim, a colaboração ao longo do tempo pode ser tanto gratificante como desafiadora.

O Conselho de Enfermagem (2010), em analogia com o mencionado por diversos autores (Abreu 2007; Macedo 2012; entre outros), reconhece a importância da supervisão ao longo de todo o processo de desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Neste processo, supervisor e supervisionado refletem coletivamente, com vista à “compreensão partilhada dos fenómenos” (Conselho de Enfermagem 2010, p. 7). Alarcão e Roldão (2010) advogam que a supervisão em contexto profissional necessita passar de uma visão “vertical” para uma “supervisão inter pares, colaborativa, horizontal” (p. 19). Com isto, as autoras consideram que a supervisão em contexto profissional ganha “(...) uma dimensão colaborativa, auto-reflexiva e autoformativa (...)”, consoante os profissionais se tornam “(...) investigadores da sua própria prática (...)” (p. 15). De acordo com Sullivan e Glanz (2005), a supervisão colaborativa em contexto profissional apoia-se em dois princípios essenciais, designadamente: a *democraticidade* e a *liderança*

com visão. Neste âmbito, o processo supervisivo ganha uma dimensão colegial e horizontal, pois os profissionais podem rodar nos papéis que desempenham e no tempo de manutenção, em função do momento ou da problemática. Nesta perspetiva, a relação entre supervisor e supervisionado assenta numa “atmosfera afectivo-relacional e cultural positiva” (Alarcão e Tavares 2003, p. 61), promotora de um processo supervisivo cordial e empático, onde os intervenientes se corresponsabilizam pela reflexão das práticas, com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional mútuo e continuado. Este estilo supervisivo configura-se num tipo *não standard*, aproximando-se de um *cenário integrador*, assente nos “(...) valores de *bem comum* e os direitos universais” (Sá-Chaves 2009, p. 51).

Por conseguinte, a nossa perspetiva de supervisão colaborativa entre os enfermeiros aproxima-se do processo supervisivo preconizado Sullivan e Glanz (2005), onde a análise crítico-reflexiva, dialógica e horizontal das práticas, estimula o permanente desenvolvimento profissional de toda a equipa de Enfermagem e do contexto de trabalho.

Finalidade

A supervisão colaborativa reconhece a importância da criação de pontes de colaboração entre os profissionais, de modo a estimular a (des/re)construção das práticas e o contínuo desenvolvimento profissional, através de processos de mediação entre supervisor e supervisionado, que integrem a partilha de saberes, experiências e objetivos profissionais. Todavia, e de acordo com a experiência profissional em contexto da prática de cuidados, percebemos que a colaboração e o processo supervisivo desenvolvidos pelos enfermeiros encontram constrangimentos capazes de pôr em causa uma prática supervisiva dentro de uma perspetiva coformativa e desenvolvimentista. Neste sentido, a tónica deste artigo é colocada nas conceções de enfermeiros sobre a supervisão colaborativa na prática de cuidado.

Metodologia

A complexidade do objeto de estudo conduziu-nos a uma investigação interpretativa e qualitativa, onde seleccionámos o método do estudo de caso (Yin 2010), pois focamo-nos nos significados que os participantes atribuem às situações vivenciadas.

Para o desenvolvimento deste artigo foi utilizada parte das informações recolhidas durante a realização de um estudo mais alargado (Pinheiro 2012), no período de setembro a novembro de 2011, que integrou como participantes uma equipa de Enfermagem constituída por 29 enfermeiros de um serviço de Medicina Interna de um centro hospitalar da região norte de Portugal.

Qualquer investigação implica questões éticas essenciais, neste sentido, para além da autorização formal da instituição hospitalar, foram protegidas as identidades e obtido o consentimento informado dos participantes, bem como garantida a confidencialidade e a autenticidade das informações recolhidas.

Numa primeira fase, analisámos documentos referentes à formação em serviço e seis atas das reuniões em serviço. Numa fase posterior, efetuámos sete observações de passagens de turno e uma observação direta de uma sessão de formação em serviço, inserida numa reunião em serviço. Esporadicamente ocorreram observações ocasionais ou conversas informais. Durante o período das observações utilizámos uma grelha de observação, constituída por

dois comportamentos/discursos observáveis, especificamente: i) dinâmica do grupo; ii) práticas colaborativas entre os enfermeiros. Para uma compreensão mais abrangente do objeto de estudo, considerámos relevante *triangular* a análise documental e a observação direta, com entrevistas semiestruturadas. Na impossibilidade de entrevistar todos os elementos do caso, a escolha das unidades de análise baseou-se numa seleção intencional, atendendo ao tempo de experiência profissional, ao tempo de serviço, às funções desempenhadas no serviço e à experiência em supervisão. Neste seguimento, foram realizadas oito entrevistas semiestruturadas. Durante as quais, tivemos por base um guião de entrevista composto por: i) caracterização dos entrevistados; ii) concepções dos enfermeiros quanto à formação contínua e ao desenvolvimento profissional; iii) concepções dos enfermeiros quanto à supervisão; iv) concepções dos enfermeiros quanto às práticas colaborativas em contexto profissional.

Após a leitura geral dos documentos escritos consultados, das anotações recolhidas e das transcrições das entrevistas, recorremos à técnica de *análise de conteúdo*, de modo a aceder ao significado da informação recolhida. Assim, foi construído um sistema categorial de modo progressivo (Vala 1986), durante o qual utilizámos o *software* de análise qualitativa WebQDA (*Web Qualitative Data Analysis*).

Análise e discussão de resultados

Os participantes revelam que as concepções de colaborar se aproximam de partilhar, trabalhar em equipa ou ajudar o Outro, emergindo no discurso dos enfermeiros um reportório partilhado em torno de colegas ou equipa. Estudos no âmbito da Enfermagem encontraram conceitos semelhantes (Costa 1998).

Observamos que na prática de cuidados emergem momentos colaborativos de eleição, especificamente as passagens de turno, as reuniões e a formação em serviço, enquanto espaços promotores da partilha de saberes e experiências, bem como do debate e reflexão colegiais. Estas concepções parecem aproximar-se da perspetiva de colaboração em Enfermagem proposta por Hanson e Spross (2009). Nestes momentos colaborativos o clima relacional foi, essencialmente, positivo e de abertura ao Outro. Consideramos que este clima relacional se aproxima da "(...) atmosfera afectivo-relacional e cultural positiva (...)" de que nos fala Alarcão e Tavares (2003, p. 61), promotora da horizontalidade relacional, essencial no âmbito da supervisão colaborativa em contexto profissional. Todavia, apuramos que estes momentos colaborativos vocacionam-se, fundamentalmente, para a resolução de problemas *emergenciais*, pelo que tendem a escassear as ocasiões de diálogo crítico-reflexivo ou o confronto de ideias. Assim, pensamos que estas práticas de colaboração remetem para a *colegialidade artificial* e *congenialidade* (Hargreaves 1998), tornando-se limitativas ao longo do tempo. Para além disto, ao se restringirem à equipa de Enfermagem, remetem para o conceito de *cultura balcanizada* preconizada por Hargreaves (1998), pois tendem a fechar-se à reflexão multiprofissional.

Quando inquiridos quanto aos contributos da colaboração, os enfermeiros evidenciam: i) o reforço do espírito de equipa; ii) a expansão dos conhecimentos; iii) a reformulação das práticas; iv) a melhoria dos cuidados prestados. Em analogia, vários estudos concluem que a colaboração potencia a construção coletiva do conhecimento e a renovação profissional (Hargreaves 1998; Alarcão e Tavares 2003; Hanson e Spross 2009; Alarcão e Roldão 2010; entre outros). No entanto, analisamos que este trabalho colaborativo tende a ser vivenciado de modo espon-

tâneo e informal na prática de cuidados, enquanto oportunidades naturais e oportunas de *aprendizagem ao longo da vida*.

Apesar de a supervisão merecer um interesse cada vez mais efetivo por parte das instituições de saúde (Abreu 2007), continua a transparecer como uma palavra ainda longe do léxico dos enfermeiros da prática. Em nosso entender, para tal contribui não só as concepções de supervisionar, que se aproximam de inspecionar ou controlar, o que remete para uma visão verticalizada do processo superviso, como a ausência da figura do supervisor em contexto da prática de cuidados. No entanto, alguns enfermeiros reconhecem a orientação no processo superviso e associam o supervisor clínico à enfermeira-chefe e aos pares.

Para que o processo de supervisão promova a reflexão sobre a prática, torna-se fundamental que se implemente uma diversidade de estratégias supervisivas. Neste contexto, os enfermeiros salientam o questionamento, a observação, a reflexão, o feedback e a adequação ao nível de desenvolvimento. O que pensamos configurar-se num estilo superviso do tipo *não standard* e num *cenário integrador* (Sá-Chaves 2009).

Quando inquiridos sobre um bom supervisor, os enfermeiros salientam uma diversidade de características consideradas como essenciais, entre as quais evidenciamos: conhecimentos atualizados, competências relacionais, promoção da autonomia, referencial nos cuidados e parceiro nos cuidados. Assim, consideramos que existe um paralelismo entre a imagem que os entrevistados possuem de um bom enfermeiro supervisor e as características destacadas por Alarcão e Tavares (2003), no âmbito dos supervisores de *comunidades aprendentes*.

Verificamos que um elevado número de participantes possuem formação em supervisão. No entanto, quando entrevistados quanto às motivações pessoais e aos contributos, constatamos que a formação em supervisão adquiriu um caráter de obrigatoriedade para a formação de enfermeiros tutores no âmbito dos ensinos clínicos, pelo que tendem a atribuir-lhe um valor secundário no seu processo formativo.

No que se refere ao impacto da supervisão, verificamos que emergem apenas contributos positivos, nomeadamente: gestão de sentimentos, qualidade dos cuidados e desenvolvimento contínuo do supervisor e do supervisionado. Deste modo, pensamos que a supervisão adquire uma dimensão coformativa e desenvolvimentalista (Alarcão e Roldão 2010; Macedo 2012; entre outros).

Os enfermeiros parecem perceber a supervisão colaborativa como um "(...) ideal a ser atingido" (entrevista – enfermeiro D). Em nosso entender, esta perspetiva pode dever-se não só às dificuldades em construir uma verdadeira cultura colaborativa, como também à desvalorização da informalidade do trabalho colaborativo na prática de cuidados. Contudo, alguns participantes pensam que a supervisão colaborativa é viável. Neste contexto, um dos enfermeiros menciona "(...) eu acredito que isto funcione" (entrevista – enfermeiro E). Quanto aos papéis a assumir, existem enfermeiros que assumem que poderiam ser supervisores, outros supervisionados e outros consideram possível, dependendo do momento e da problemática em reflexão, a rotatividade de papéis. O que para nós constitui uma das condições essenciais à implementação da supervisão colaborativa na prática de cuidados.

Considerações finais

Concluimos que a colaboração e a supervisão constituem conceitos que estão intimamente relacionados com o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Apesar de tenderem a emergir de modo espontâneo e informal na prática de cuidados, comprometendo o seu caráter formativo e desenvolvimentalista, pensamos que potenciam processos de auto e heteroformação, essenciais a equipas de Enfermagem aprendentes e Instituições de Saúde qualificantes.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- ALARCÃO, I. e ROLDÃO, M. *Supervisão. Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. 2.^a ed. Mangualde: Edições Pedago, 2010.
- ALARCÃO, I. e TAVARES, J. *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2.^a ed. Coimbra: Almedina, 2003.
- BOAVIDA, A. e PONTE, J. Investigação colaborativa: Potencialidades e problemas. In: *GTI - Reflectir e Investigar sobre a Prática Profissional*. Lisboa: APM, 2002, pp. 1-15 [consultado 25 março 2011]. Disponível em: [http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt%5C02-Boavida-Ponte\(GTI\).pdf](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt%5C02-Boavida-Ponte(GTI).pdf)
- CONSELHO DE ENFERMAGEM. *Modelo de desenvolvimento profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- HANSON, C. e SPROSS, J. In: A. HAMRIC, J. SPROSS e C. HANSON. *Advance Practice Nursing: An Integrate Approach*. 5.^a ed. St. Louis: Saunders Elsevier, 2009, pp. 283-314.
- HARGREAVES, A. *Os professores em tempos de mudança: O trabalho e a cultura dos professores na idade pós-moderna*. Lisboa: McGraw-Hill, 1998.
- MACEDO, A. *Supervisão em enfermagem: Construir as interfaces entre a escola e o hospital*. Santo Tirso: De facto Editores, 2012.
- PINHEIRO, G. *Supervisão Colaborativa e Desenvolvimento Profissional em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Supervisão, Universidade de Aveiro, 2012.
- ROLDÃO, M. Colaborar é preciso. Questões de qualidade e eficácia no trabalho dos professores. *Noesis*. 2007, 71, 24-29.
- SÁ-CHAVES, I. Supervisão, complexidade e mediação. In: A. SILVA e M. MOREIRA. *Formação e Mediação Sócio-Educativa - Perspectivas Teóricas e Práticas*. Porto: Areal Editores, 2009, pp. 46-54.
- SULLIVAN, S. e GLANZ, J. *Supervision that improves teaching: Strategies and techniques*, 2.^a ed. Califórnia: Sage Publication, 2005 [consultado 24 jun. 2011]. Disponível em: http://www.amazon.com/Supervision-That-Improves-Teaching-Strategies/dp/0761939695#reader_0761939695
- VALA, J. A análise de conteúdo. In: A. SILVA e J. PINTO. *Metodologia das Ciências Sociais*. 9.^a ed. Porto: Edições Afrontamento, 1986, pp. 101-128.
- YIN, R. *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. 4.^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Escala de Queda de Morse: contributo para a implementação de um modelo de supervisão clínica enfermagem

Pedro Barbosa¹; Luís Carvalho² & Sandra Cruz³

¹ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Mestre em Supervisão Clínica em Enfermagem.

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador.

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor adjunto.

Autor correspondente: **Pedro Barbosa** (barbosapedro.ifm@gmail.com)

Resumo

A supervisão clínica é um processo dinâmico, reflexivo e integrativo que desempenha um papel fundamental na busca pelo aperfeiçoamento, pois permite ao indivíduo desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pela sua prática e proteger o doente fomentando a qualidade dos cuidados. Neste contexto, o projeto de investigação “Supervisão clínica para a segurança e qualidade dos cuidados” (C-S2AFECARE-Q) identificou o risco de queda como uma área de intervenção, uma vez que as quedas são a segunda causa de morte a nível mundial (OMS 2012). A primeira fase do referido projeto identificou as necessidades dos enfermeiros, o que levou à implementação de um modelo de supervisão clínica. Ainda nessa fase concluiu-se que existiam dificuldades na aplicação da Escala de Quedas de Morse (EQM) (Lamas 2012). Tendo em conta que a avaliação do risco é uma intervenção essencial para a prevenção de quedas (Chang et al. 2004), a segunda fase do projecto C-S2AFECARE-Q foi iniciada com sessões de supervisão com o intuito de dotar os Enfermeiros de competências para prestarem cuidados de enfermagem mais seguros, através da correta avaliação do risco de queda com a utilização da EQM. Este foi o objetivo para as referidas sessões e para esta comunicação livre. Apresentaremos a EQM e refletiremos sobre a sua utilização, explicando, neste contexto, o que é um antecedente de queda, o que se considera como diagnóstico secundário, como é ponderado o apoio para a deambulação, de que forma contribui a medicação endovenosa e como é avaliado o tipo de marcha e o estado mental de cada doente.

Palavras-chave: Supervisão clínica em enfermagem; risco de queda; Escala de Quedas de Morse; qualidade dos cuidados; segurança dos cuidados.

Abstract

Clinical Supervision is a dynamic, reflective and integrative process which plays a key role in improvement of care, because it allows the individual to develop knowledge and skills, take responsibility for their practice and protect the patient, promoting the quality of care. In this context, the research project "Clinical Supervision for safety and quality of care" (CS2AFECARE-Q) identified fall risk as an intervention area, since falls are the second leading cause of death worldwide. The first phase of this project identified the needs of nurses which led to the implementation of a clinical supervision model. Still at this stage it was concluded that there were difficulties in applying the Morse Falls Scale (MFS). Given that the risk assessment is an essential intervention for preventing falls, the second phase of the project C-S2AFECARE-Q was initiated with supervision sessions in order to endow nurses' skills to provide safer nursing care through proper assessment of fall risk with the use of MFS. This was the goal for these sessions and for this communication. We will present the MFS and reflect on its use, explaining, in this context, what is a history of falling, what is considered as a secondary diagnosis, how is the support for ambulation measured, how does intravenous medication contributes and how is the type of motion and the mental state of each patient evaluated.

Keywords: Nursing clinical supervision; risk of falling; Morse Falls Scale; quality of care; care safety.

Supervisão clínica em enfermagem e a Escala de Quedas de Morse

O conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE), apesar de relativamente recente, tem sido alvo de diferentes definições por aqueles que têm desenvolvido trabalhos nesta área, embora diferentes todas se tocam convergindo para um ponto comum que é a qualidade dos cuidados e reflexão da prática. A qualidade dos cuidados em saúde é considerada como sendo um direito dos clientes e, simultaneamente, uma responsabilidade por parte dos profissionais de saúde (Idvall 1997). Segundo DoH (1993 cit. por Abreu 2007), a supervisão clínica é uma expressão usada para descrever um processo formal de suporte profissional e aprendizagem, que permite ao indivíduo desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidade pela sua prática e proteger o doente, fomentando a qualidade dos cuidados, sendo estruturante para o processo de aprendizagem e melhoria das práticas e devendo ser encarada como meio para encorajar a auto-avaliação e o desenvolvimento de capacidades crítico-reflexivas.

A supervisão clínica, enquanto processo dinâmico, reflexivo e integrativo, desempenha, ou deve desempenhar, um papel central na busca constante de aperfeiçoamento, pois permite ao indivíduo desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pela sua prática e proteger o doente fomentando a segurança e a qualidade dos cuidados. Ainda segundo Abreu (2007), a SCE é uma das dimensões relevantes para os processos da qualidade e da acreditação, tendo em conta os ganhos que proporciona a nível da assistência.

Fazendo-se uma análise histórica da prestação de cuidados, verifica-se que a preocupação com a qualidade é relativamente recente e que a sua sistematização se encontra implementada em diferentes escalas nos diversos países. Tradicionalmente, era o próprio médico que avaliava a qualidade dos cuidados, prestados no âmbito do seu exercício profissional e aceites sem reservas por parte dos doentes, que viam a competência associada a uma certa bondade paterna-

lista (Fragata 2006). No mundo atual, este paradigma não pode mais ser aceite, pelo valor inestimável da vida humana, associado aos avanços tecnológicos da e na saúde veiculados pelos meios de comunicação social, surge uma exigência legítima de cada indivíduo à saúde (Fragata 2006). Tudo isto suscitou uma crescente preocupação com a qualidade na saúde, o que levou ao surgimento de diversas organizações de acreditação e de auditoria externa especialmente nos Estados Unidos e no Reino Unido (Fragata 2006).

Um dos fatores a ter em conta em qualquer política de qualidade é a Gestão de Risco. Este aspeto, juntamente com a performance técnica, os recursos e a satisfação dos doentes, já era preconizado em 1989 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das dimensões que contribuem para a qualidade nos cuidados de saúde (Fragata 2006). Associada à Gestão de Risco aparece, inevitavelmente, a segurança do doente. O próprio Alto Comissariado da Saúde (2010) liga os dois conceitos quando afirma que “a Segurança é uma das principais dimensões da qualidade e a Gestão do Risco, um instrumento para a sua garantia”. Assim, relacionado com a gestão do risco e tendo em conta os indicadores de qualidade que os enfermeiros devem ter presentes, aquando da sua prestação de cuidados, a Ordem dos Enfermeiros (OE) referencia o foco Cair como sendo uma das áreas a ter em atenção (OE 2007).

Efetivamente, de acordo com OMS as quedas são a segunda causa de morte por acidente a nível mundial, a seguir aos acidentes de viação, sendo estimado que, anualmente, cerca de 424.000 indivíduos morram vítimas de queda (OMS 2012).

Segundo a *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO) (2005), as consequências resultantes das quedas causam dor e sofrimento, quer aos clientes, quer às suas famílias, bem como implicam elevados custos monetários à sociedade, sendo portanto, vital identificar fatores de risco e promover programas de prevenção de quedas.

Ainda de acordo com a OMS (2007) a formação, criação de ambientes seguros e normas que visem a prevenção de quedas são essenciais, pelo que os enfermeiros têm um papel fundamental na área da prevenção de quedas, já que são os profissionais mais próximos dos clientes. Na verdade o enfermeiro visa diariamente a excelência no seu exercício profissional, sendo a prevenção de complicações no cliente uma das suas preocupações.

Decorrendo desta necessidade de se promover estratégias para diminuir o número de quedas, favorecendo a qualidade de cuidados de enfermagem prestados aos clientes, surge a necessidade de se identificar, o mais corretamente possível, as pessoas com risco de queda, pois tal como afirma Morse (2009), o aspecto mais importante da prevenção das quedas é antecipar o seu acontecimento. Segundo Chang (2004) e colaboradores, na análise das várias intervenções destinadas à prevenção de quedas, concluíram que as mais eficazes foram a avaliação do risco de queda e a gestão programada de prevenção das quedas na qual é essencial a avaliação do risco. Portanto os enfermeiros desempenham um importante papel, identificando as pessoas com risco de queda e implementando intervenções que as previnam (Williams et al. 2007).

Resumidamente a supervisão clínica é uma ferramenta que tem como principal objetivo a promoção da qualidade dos cuidados e da segurança do doente, através de um processo de acompanhamento, de colaboração, de formação e reflexão de conteúdos da prática, associados aos conhecimentos teóricos e à constante procura do conhecimento mais recente. É com estes pressupostos que inserido na segunda fase do projeto: Supervisão Clínica para a Segu-

rança e Qualidade dos Cuidados, a decorrer no Cento Hospitalar do Médio Ave (CHMA) (C-S2AFECARE-Q) e tendo em conta os resultados obtidos, junto dos enfermeiros, na primeira fase do referido projeto, pela investigadora Bárbara Lamas relativamente ao risco de queda, que se percebeu a importância de se implementar um modelo de SCE que fosse potenciador das competências dos enfermeiros para a avaliação do risco de queda.

Para o planeamento das sessões de SCE, no que concerne ao risco de queda, são de extrema importância os dados obtidos na primeira fase de forma a que o mesmo vá de encontro às necessidades identificadas. Assim, segundo Lamas (2012), percebemos desde logo que a maioria dos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA - unidade de Santo Tirso, apresentam risco de queda (83,3%) em contraste com os 16,7% que não apresentavam risco de queda. Daí a importância da correta avaliação deste risco, contudo segundo a mesma autora, este procedimento foi corretamente realizado em apenas 33,3% dos casos. Para além disso, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre a aplicação da Escala de Quedas de Morse (EQM) na admissão entre o enfermeiro e a investigadora, assim como diferenças estatisticamente significativas num momento posterior de observação entre o enfermeiro e a investigadora e entre a investigadora e os registos de enfermagem (Lamas 2012). Esta situação poderá ocorrer, segundo a autora, pela existência de dúvidas na aplicação da EQM, por défice de formação sobre a utilização da mesma, assim como pela possibilidade da escala não ser a mais adequada às características da população e pela subjetividade na interpretação e aplicação da mesma. De facto, estas hipóteses são as que emergiram do estudo realizado e que se adequam à realidade, isto porque tal como refere Lamas (2012) a escala em utilização (EQM) não foi previamente traduzida nem validada para a população portuguesa, apesar de ser de aplicação obrigatória a todos os doentes. Posto isto e tendo em conta a sua relevância para o projeto, para os enfermeiros e principalmente para a qualidade e segurança dos cuidados, procedeu-se à realização de sessões supervisivas que formassem os profissionais para a correta aplicação da EQM.

Estas sessões consistiam em momentos reflexivos, onde se discutiram criticamente os resultados obtidos na primeira fase do projeto, e momentos formativos onde se efetuaram sessões de formação direcionadas para as necessidades identificadas nessa primeira fase. Assim, no que se relaciona com o risco de queda, as sessões de supervisão efetuadas tinham como intuito a formação dos profissionais para aplicação da EQM, tal como o esclarecimento de dúvidas quanto à sua aplicação, de forma a se uniformizar e identificar o mais corretamente possível o risco de queda, com o desígnio de se potenciar as competências dos enfermeiros no seu desenvolvimento profissional, pois tal como afirma a OMS (2007), a formação é uma estratégia essencial para a efetiva prevenção das quedas por parte dos profissionais de saúde.

As sessões, ainda que maioritariamente de carácter formativo, eram sessões que promoviam o envolvimento de todos os supervisados a vários níveis, de forma a se sentirem parte integrante da solução para os problemas identificados na primeira fase do estudo. Nessas sessões de supervisão, no que ao risco de queda diz respeito, foi efetuada formação sobre a EQM para que fosse possível atingir os seguintes objetivos:

- Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados através da correta avaliação do risco de queda com a EQM;

- Dotar os Enfermeiros de competências para uma melhor avaliação do risco de queda através da EQM.

Estes são os objetivos comuns que nos propusemos a atingir, tanto nas sessões supervisivas como serão também os objetivos para esta comunicação livre como se de uma sessão supervi-siva se tratasse, com o intuito de se dar a conhecer o trabalho efetuado. Para isso a formação efetuada nessas sessões de supervisão será também replicada nesta comunicação (a qual se encontra no seguinte capítulo).

É de salientar que esta é a segunda fase do projeto C-S2AFECARE-Q e que numa terceira fase se irá efetuar uma reavaliação da utilização da escala, assim como e por conseguinte a verificação das repercussões que estas sessões de supervisão terão na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Formação

As sessões formativas consistiram essencialmente na explicação sistematizada de todos os tópicos da EQM, cada um deles acompanhado com instruções para a sua melhor perceção, instruções essas que serão parte integrante de um manual de utilização da EQM, que será futuramente elaborado. Estes momentos formativos eram parte integrante das sessões de supervisão, onde se fomentou um ambiente de interação, reflexão e compreensão.

Como já foi referido a EQM não foi traduzida nem validada para a população portuguesa, para além disso, a falta de formação leva a uma maior subjetividade e dúvidas na sua aplicação, o que inevitavelmente origina avaliações incorretas.

A EQM, desenvolvida por Janice Morse, com a sua última publicação no seu livro de 2009, é constituída por seis tópicos com duas ou três possibilidades de resposta para cada um, a que cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada, pelo enfermeiro, a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis elementos, irá resultar numa pontuação total que pode variar de 0 a 125 pontos. Este score indica o risco de queda de uma pessoa de uma forma crescente, isto é, quanto maior o score obtido maior o risco de queda apresentado pela pessoa.

Quando se tentam efetuar divisões quanto ao risco de queda de forma a nivelar o risco, a autora refere que o “cut-off score” deve de ser de 45 pontos, isto é, valor igual ou superior a 45, indica um elevado risco de queda.

O primeiro tópico da escala reporta-se aos antecedentes de queda, considerando-se como afirmativo no caso de existência de uma queda no último ano ou aquando do internamento.

O segundo ponto refere-se ao diagnóstico secundário, considerando-se como afirmativo quando existe mais do que um diagnóstico identificado no processo clínico que contribua para o risco de queda. É de salientar que a medicação já se encontra incluída neste tópico pois, segundo Janice Morse (2009), quando existe mais do que um diagnóstico, existe a utilização de mais medicamentos e é a multimedição que contribui para o aumento do risco.

O terceiro tópico refere-se ao apoio para a deambulação, onde é considerado apenas se a pessoa utiliza auxiliares para deambular, assim consideramos 0 pontos se a pessoa deambula sem auxiliares de marcha (ou se é sempre assistido pelo enfermeiro), se usa cadeira de rodas

(adaptado ou transferido) ou se está e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma; 15 pontos se a pessoa utiliza algum auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andariço) e 30 pontos se deambula apoiando-se na mobília, ou em tudo o que se encontra ao seu redor.

O quarto ponto refere-se a medicação endovenosa, considerando-se apenas afirmativo se a pessoa se encontra com terapia endovenosa em perfusão contínua.

Em quinto lugar encontra-se a marcha, isto é o tipo de marcha que a pessoa apresenta, como é que a pessoa deambula, sendo que se atribui 0 pontos se a pessoa deambula com a cabeça erguida, sem hesitações, com braços a moverem-se livremente ao lado do corpo; assim como quando se move em cadeira de rodas (adaptado ou transferido) ou se está e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma; 10 pontos se a pessoa deambula encurvada, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, se utilizar a mobília ou o que está em redor é de uma forma leve apenas para uma segurança, não é o agarrar para se manter direito; e 20 pontos se tem dificuldade em levantar-se da cadeira, realizando várias tentativas, balançando-se. A cabeça virada para o chão para onde se concentra. Deambula agarrada à mobília ou amparada em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda). Apresenta marcha de pequenos passos e vacila.

Por fim, o sexto ponto refere-se ao estado mental, ou melhor dizendo à sua capacidade de perceção do risco, atribuindo-se 0 pontos se a pessoa tem consciência do risco e das suas limitações, agindo de acordo com as mesmas e 15 pontos se a pessoa não tem consciência do risco nem das suas limitações, embora possa estar orientada no tempo e no espaço, não age é de acordo com as suas limitações.

Referências bibliográficas

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

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde 2010-2016, Eixos Estratégicos - Qualidade em Saúde (Versão Discussão)*. Lisboa: ACS e MS, 2010. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf, consultado em 19/12/2011

CHANG, J. T. et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *British Medical Journal*. 2004, 328, 680.

FRAGATA, J. et al. *Risco Clínico: Complexidade e Performance*. Coimbra: Almedina, 2006.

IDVALL, E., ROOKE, L. e HAMRIN, E. Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 1997, 25, 6 -17.

MORSE, J. *Preventing Patient Falls*. 2.ª Ed. New York: Springer Pub, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Resumo Mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*, 2007 [consultado 4 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

REGISTERED NURSES ASSOCIATIONS OF ONTARIO. *Prevention of falls and fall Injuries in the older adult*. Ontário: RNAO, 2005.

WILLIAMS, T.A. et al. Evaluation of a falls prevention programme in an acute tertiary care hospital: aims and objectives. *Journal of Clinical Nursing*. 2007, 16, 316-324.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Falls*, 2012 [consultado 16 fevereiro 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Global Report on falls Prevention in Older Age*. França: WHO, 2007 [consultado 17 fevereiro 2013]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

Supervisão clínica em enfermagem: estratégia potenciadora da excelência dos cuidados

Ana Cristina Rocha¹; Margarida Reis Santos² & Sandra Cruz³

¹ Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. – Unidade de Aveiro, Enfermeira.

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador.

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor adjunto.

Autor correspondente: **Ana Cristina Rocha** (ana.c.rocha82@gmail.com)

Resumo

A supervisão clínica em enfermagem assume um papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e a evidência científica aponta benefícios da sua implementação a diferentes níveis, tais como a redução dos níveis de ansiedade e stresse nos profissionais, a prevenção do burnout, o desenvolvimento de competências, o aumento da satisfação profissional e a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. O acompanhamento da prática clínica dos enfermeiros pelos seus pares tem sido alvo de interesse crescente por parte das organizações e começa a ser uma realidade integrada nas políticas das instituições de saúde portuguesas. O Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (CHMA) assumiu um compromisso com a melhoria da qualidade e reconheceu a necessidade de incrementar o desenvolvimento dos enfermeiros através da supervisão clínica, enquanto estratégia potenciadora da excelência dos cuidados, o que promove o necessário envolvimento ativo de todos os atores implicados no processo. Deste reconhecimento, resultou uma parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto e o investimento no projeto designado “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” (C-S²AFECARE-Q), que visa a criação de uma cultura de supervisão de profissionais como contributo subsidiário para a segurança e qualidade dos cuidados através da operacionalização de um modelo de supervisão clínica em enfermagem, sustentado nas necessidades dos enfermeiros do CHMA e focalizado na resposta às exigências do seu exercício profissional. Com este artigo pretendemos refletir sobre de que forma é que a supervisão clínica em enfermagem pode constituir uma estratégia potenciadora da excelência dos cuidados e este aspeto ser alvo da atenção da investigação nesta área.

Palavras-chave: Supervisão clínica em enfermagem; qualidade; segurança.

Abstract

The clinical supervision in nursing plays an important role in the personal and professional development of nurses and scientific evidence points out to benefits of its implementation at different levels, such as reduced levels of anxiety and stress in professionals, prevention

of burnout, skills development, increased job satisfaction and improved quality and safety of care. The monitoring of the clinical nursing practice by peers has created increasing interest in the organizations and it's becoming a reality integrated in the policies of the health institutions in Portugal. The Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (CHMA) is committed to improve the quality of care and recognized the need to increase the development of Nurses adopting Clinical Supervision as a strategy to provide nursing care excellence, which determines the active involvement of all actors implicated in the process. This recognition resulted in a partnership with Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) and investment in the project entitled "Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados" (C-S2AF-ECARE-Q), essentially aimed at the creation of a culture of peer supervision as a subsidiary contribution to the safety and quality of care through the operationalization of a model Clinical Supervision in Nursing, based on the needs of Nurses of the CHMA and focused on meeting the requirements of professional practice. Thus, with this article we intend to reflect upon which way clinical supervision in nursing may be a potentiating strategy in achieving excellence of care and hopefully instigate further research in this area.

Keywords: Clinical supervision in nursing; quality; safety.

Supervisão clínica em enfermagem: conceito

A supervisão clínica em enfermagem (SCE) constitui uma temática que está no centro dos debates sobre a formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros sendo incluída na discussão atual das políticas de qualidade das instituições de saúde em Portugal.

Historicamente, a origem da SCE remonta ao início de 1900, sendo tradicionalmente utilizada em áreas como o serviço social, a psiquiatria e a psicologia (Cross, Moore e Ockerby 2010). É a partir do início da década de noventa, que a sua popularidade na enfermagem se torna evidente (Winstanley e White 2003), particularmente após a publicação do Relatório Allitt no Reino Unido, que se reporta à sucessão de acontecimentos trágicos e atos que atentaram contra a vida humana, levados a efeito por um enfermeira britânica que ficou conhecida como o "anjo da morte" (Abreu 2007).

Estes acontecimentos despoletaram alarme social e tiveram impacto na opinião pública, tendo trazido a debate uma profunda discussão sobre a formação e acompanhamento dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros. O reconhecimento público do desgaste e stresse a que estão sujeitos os enfermeiros devido à natureza das funções que desempenham e à sua vulnerabilidade a fenómenos de exaustão psico-emocional, fez emergir a necessidade de desenvolver estratégias institucionais que possibilitassem o acompanhamento sistemático e o suporte ao desenvolvimento pessoal e profissional nos contextos da prática clínica. Pretendia-se implementar estratégias eficazes na redução dos níveis de stresse e ansiedade nos profissionais e prevenir a ocorrência de problemas de ordem psicopatológica que pudessem pôr em risco a integridade e segurança dos cuidados disponibilizados aos clientes (Abreu 2007; Alarcão e Canha 2013).

A supervisão clínica em enfermagem (SCE) passou a assumir um papel determinante e central nas "preocupações com a formação e a gestão da prestação de cuidados de saúde e com a avaliação da qualidade dos serviços e desenvolvimento profissional" (Alarcão e Canha 2013, p. 34).

Definida em 1993 pelo Departamento de Saúde do Reino Unido como “um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem, que permite ao indivíduo desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pela sua prática e promover a protecção do utente e a segurança dos cuidados em situações clínicas complexas” (cit. por Abreu 2007, p. 182), a SCE acabou por ser introduzida na política e normas para acreditação dos serviços e incorporada nas políticas das instituições de saúde.

Em Portugal, o conceito de supervisão clínica foi introduzido no âmbito da prática pedagógica na formação inicial de professores, por Alarcão e Tavares na década de oitenta. A apropriação e contextualização deste conceito na enfermagem tem sido um caminho trilhado com alguma timidez e teve origem na reestruturação do ensino da disciplina, no investimento em processos de certificação e acreditação hospitalar e nos contributos de Wilson Abreu para o seu conhecimento e debate.

A SCE enquanto processo de acompanhamento das práticas clínicas assume relevo no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e é perspetivada na atualidade como um pré-requisito essencial à promoção da segurança e qualidade dos cuidados assistenciais, não só pelas instituições de saúde e de acreditação da qualidade, mas também pela associação de direito público na qual o Estado delegou poderes de regulamentação e fiscalização do exercício profissional da enfermagem em Portugal – a Ordem dos Enfermeiros (OE) – e ainda pelas instituições de ensino de enfermagem que nos últimos anos incluíram a supervisão clínica nos seus currículos académicos (Abreu e Marrow 2012).

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 determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer nos processos formativos, quer nos processos de integração à vida profissional, promovendo a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

O acompanhamento da prática clínica dos enfermeiros pelos seus pares tem assumido particular interesse no seio das organizações, estando a ser integrada nas políticas institucionais e de gestão da qualidade dos serviços de saúde, por via da responsabilidade (in)direta na sustentação da prática e na promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

Na atualidade, as instituições de saúde em Portugal deparam-se com a necessidade crescente de desenvolver estratégias que lhes permitam elevar os seus serviços a um nível ótimo de qualidade, de modo a proporcionarem a satisfação do cliente e a promoverem as condições para um exercício profissional de excelência e uma prestação de cuidados seguros e de qualidade. “As instituições assumem a melhoria contínua da qualidade como cultura” (MS 2012, p. 18), e neste sentido a SCE surge como uma estratégia/recurso facilitador do alcance de padrões de excelência e referência.

Abreu (2007) refere-se à SCE como sendo “uma das dimensões relevantes dos processos de promoção da qualidade e da acreditação, dados os ganhos que proporciona a nível da assistência” (p. 177) e Alarcão e Canha (2013) reforçam esta ideia afirmando que a “atividade de supervisão caracteriza-se por uma atividade de acompanhamento e monitorização orientada no sentido da qualidade, do desenvolvimento e da transformação” (p. 82). Para tal, é imprescindível

dível a existência de um relacionamento entre um enfermeiro supervisionado e um supervisor clínico, que possibilite aos profissionais “estabelecer, manter e melhorar padrões, bem como promover a inovação na prática clínica” (Garrido, Simões e Pires 2008, p. 15).

SCE para a segurança e qualidade dos cuidados

A evidência científica nesta área faz referência a múltiplos benefícios associados à implementação da SCE a diferentes níveis, contudo há pouco consenso sobre como avaliar/demonstrar essa associação assumida na generalidade dos estudos como positiva (Gonge e Buus 2011).

Os aspetos mais investigados neste âmbito relacionam-se com as dimensões restaurativa e formativa da supervisão clínica (Gonge e Buus 2011) e reportam como benefícios associados à implementação de processos supervisivos a prevenção do burnout (Bégat et al. 2005; Edwards et al. 2006; Hyrkäs et al. 2006; Koivu et al. 2012); o crescimento e desenvolvimento de competências e autonomia profissional (Hallberg et al. 1994; Koivu et al. 2012; NIPEC 2008 cit. por Wright 2012); o desenvolvimento de estratégias de coping (Berg e Hallberg 1999); a promoção da auto-reflexão e capacidade de reflexão na ação (Orchowski et al. 2010 cit. por Koivu et al. 2012); o reforço do compromisso dos enfermeiros para com a profissão e sentido de pertença/coesão profissional (Berg e Hallberg 1999; NIPEC 2008 cit. por Wright 2012); o aumento da satisfação no trabalho (Butterworth et al. 1997 cit. por Koivu et al. 2012; Hyrkäs 2005; NIPEC 2008 cit. por Wright 2012) e com os cuidados de enfermagem (Hallberg 1994; Hallberg et al. 1994).

O NHS (2009) afirma que por via da supervisão clínica é possível melhorar o desenvolvimento profissional, proporcionar apoio profissional e pessoal aos profissionais, estimular o desenvolvimento da perícia clínica, promover a inovação e as boas práticas, assegurar a proteção e segurança do cliente e um elevado nível de qualidade nos serviços.

Macedo (2009) refere que a SCE:

proporciona aos enfermeiros, a aquisição de competências ao nível da reflexão (...), ajudando-os na tomada de decisão, face aos dilemas da prática, assegurando o desenvolvimento pessoal e profissional, o desenvolvimento da própria organização e, em primeira instância, a qualidade dos cuidados oferecidos às pessoas (p. 124).

Butterworth e colaboradores (2008) referem ainda a existência de evidência que aponta a SCE como benéfica no desenvolvimento da personalidade, no aumento da confiança, na diminuição do isolamento profissional e na promoção das relações de amizade e familiares.

Apesar de serem vastos os benefícios atribuíveis à supervisão clínica, Carson em 2007 refere que, à data não existia nenhum estudo que demonstrasse a existência de uma relação causa-efeito entre supervisão clínica e a interação enfermeiro-cliente, no que diz respeito à melhoria da qualidade, proteção e segurança dos cuidados (cit. por Wright 2012).

White e Winstanley (2010, cit. por Wright 2012) não encontraram diferenças estatisticamente significativas na satisfação dos clientes ou qualidade dos cuidados prestados em serviços com a implementação de programas de supervisão clínica comparativamente com serviços onde não era posta em prática a supervisão clínica. Deste modo, os autores alertam para o facto de a

supervisão clínica colocar ainda vários desafios aos profissionais, decisores políticos e investigadores, no que diz respeito ao planeamento, implementação e gestão, exigindo mais estudos de investigação que definam esta relação de causa-efeito.

A necessidade de colmatar a escassa evidência científica no que diz respeito à relação da SCE com a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados assistenciais e proteção do cliente (Wright 2012; Brunero e Stein-Parbury 2008; Butterworth et al. 2008), despoletou o início de um trajeto de investigação-ação delineado para a otimização da qualidade e segurança dos cuidados tendo em consideração as necessidades e práticas dos enfermeiros, e que adotou a denominação de “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” (C-S²AFECARE-Q).

O C-S²AFECARE-Q assenta numa parceria institucional entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e o Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (CHMA), visa a criação de uma cultura de supervisão de pares e pretende ser um contributo para a segurança e qualidade dos cuidados através da operacionalização de um modelo de supervisão clínica em enfermagem, sustentado nas necessidades dos enfermeiros do CHMA e focalizado na resposta às exigências do seu exercício profissional.

Numa primeira fase do projeto foram identificadas as principais necessidades em supervisão clínica dos enfermeiros e de seguida deu-se início à operacionalização do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC), desenvolvido no âmbito do trabalho de doutoramento da investigadora Cruz (2012) e que foi concebido tendo em consideração as características do CHMA, as necessidades supervisivas dos enfermeiros e as exigências do seu exercício profissional.

A operacionalização do MSCEC implica decisões estratégicas e coerentes e determina um investimento de todos os mediadores envolvidos no processo supervisivo, designadamente o enfermeiro supervisionado, o enfermeiro supervisor e a própria instituição, sendo a sua potencialidade diretamente dependente do nível de envolvimento dos intervenientes e do empenho dos mesmos na consecução dos objetivos delineados.

É expectável uma mudança organizacional no CHMA decorrente da implementação do MSCEC, na medida em que o mesmo oferece uma oportunidade de formação e desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, e de salvaguarda da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Trata-se de um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte aos profissionais do CHMA, com vista à satisfação profissional, à segurança dos clientes e à qualidade dos cuidados de enfermagem, do qual se espera obter evidência científica que estimule não só o investimento em produção científica nesta área mas que possa também fornecer contributos subsidiários à extensão de projetos desta natureza a outras instituições de saúde em Portugal.

Conclusão

A qualidade constitui uma exigência, um atributo e uma dimensão incontornável da prestação dos cuidados de saúde. Indissociável da qualidade surge a temática da segurança, na medida em que para haver qualidade tem necessariamente que haver segurança. Deste modo, é possível afirmar que a segurança constitui uma das dimensões fulcrais da qualidade (MS 2012).

Estas duas temáticas constituem preocupações incluídas nos planos políticos relacionados com a saúde em Portugal, nos quais supervisão clínica deverá ser incluída enquanto recurso potenciador da qualidade e segurança dos cuidados. O apoio clínico e a formação proporcionada pela SCE, quer a profissionais quer a estudantes, criam a oportunidade de conhecer, integrar e desenvolver competências, promovendo um atendimento seguro e de qualidade para os clientes e para a comunidade (Abreu e Marrow 2012).

A implementação de uma estrutura de SCE no CHMA constitui simultaneamente um desafio e uma oportunidade, na medida em que determina um forte envolvimento dos atores intervenientes num projeto que é inovador em Portugal, e oferece a possibilidade de reconhecer em contexto prático os benefícios da supervisão clínica amplamente referidos na literatura.

Parece-nos essencial o desenvolvimento de investigação científica no seio deste projeto, que permita perspetivar a implementação do MSCEC na ótica dos enfermeiros supervisionados, enfermeiros supervisores, organização e clientes e que possibilite a compreensão dos seus contributos no desenvolvimento profissional dos enfermeiros e na segurança e qualidade dos cuidados disponibilizados na instituição.

É necessário que as organizações valorizem e disponibilizem recursos para o planeamento e implementação da SCE, mas também exige o envolvimento ativo de todos os profissionais num processo de colaboração formal e estruturado, de modo a que a SCE possa ser incluída nos planos governamentais e institucionais como estratégia potenciadora do desenvolvimento profissional, segurança e qualidade dos cuidados.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. C. *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- ABREU, W. C. e MARROW, C. E. Clinical Supervision in Nursing Practice: A comparative study in Portugal and The United Kingdom. *SANARE*. 2012, **11**(2), 16-24.
- ALARCÃO, I. e CANHA, B. *Supervisão e colaboração: Uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora, 2013.
- BÉGAT, I., ELLEFSEN, B. e SEVERINSSON, E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*. 2005, **13**, 221-230.
- BERG, A. e HALLBERG, I. R. Effects of systematic clinical supervision on psychiatric nurses' sense of coherence, creativity, work related strain, job satisfaction and view of the effects from clinical supervision: a pre-post test design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1999, **6**(5), 371-381.
- BRUNERO, S. e STEINPARBURY, J. The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2008, **25**(3), 86- 94.
- BUTTERWORTH, L. et al. Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. *Nurse Education Today*. 2008, **28**, 264-272.
- CROSS, W., MOORE, A. e OCKERBY, S. Clinical Supervision of general nurses in a busy medical ward of teaching hospital. *Contemporary Nurse*. 2010, **35**(2), 245-253.
- CRUZ, S. *Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso*. Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Porto, 2012.

EDWARDS, D. et al. Clinical supervision and burnout: The influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2006, 15(8), 1007-1015.

GARRIDO, A., SIMÕES, J. e PIRES, R. *Supervisão Clínica em enfermagem: Perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

GONGE, H. e BUUS, N. Model for investigating the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2011, 20, 102-111.

HALLBERG, I. R. Systematic clinical supervision in a child psychiatric ward: satisfaction with nursing care, tedium, burnout, and the nurses' own report on the effects of it. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1994, 81, 44-52.

HALLBERG, I. R., HANSSON, W. e AXELSSON, K. Satisfaction with nursing care and work during a year of clinical supervision and individualized care. Comparison between two wards of the care of severely persons with dementia patients. *Journal of Nursing Management*. 1994, 1, 297-307.

HYRKÄS, K. Clinical supervision, burnout and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*. 2005, 25(5), 531-556.

HYRKÄS, K., APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K. e HAATAJA, R. Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, 55, 521-535.

KOIVU, A., SAARINEN, P. e HYRKÄS, K. Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2012, 21, 2567-2578.

MACEDO, A. P. A *supervisão de estágios em enfermagem e a articulação interorganizacional escola de enfermagem e hospital*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, 2009.

NATIONAL HEALTH SERVICE [NHS]. *Clinical supervision policy*. Leicestershire County and Rutland: National Health Service Primary Care Trust, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE]. *Caderno temático: Modelo de desenvolvimento profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: OE, 2010.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (MS). Alto Comissariado para a Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012.

WINSTANLEY, J. e WHITE, E. Clinical supervision: Models, measures and best practice. *Nurse Researcher*. 2003, 10(4), 7-38.

WRIGHT, J. Clinical Supervision: a review of the evidence base. *Nursing Standard*. 2012, 27(3), 44-49.

Inteligência emocional de enfermeiros assistenciais em um hospital escola paulista

Caroline B. P. Almeida¹ & Nely Regina Sartori²

¹ Faculdade de Medicina de Marília, Marília, São Paulo, Brasil. Residente em Enfermagem.

² Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica.

Autor correspondente: **Caroline Almeida** (carolalmeida_bass@hotmail.com)

Agradecimentos: Ao Prof. Dr. José Aparecido da Silva, Professor Titular do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP/USP pela ajuda na escolha do instrumento deste estudo.

Resumo

Na atualidade a gestão das emoções têm-se tornado cada vez mais importante, sendo fundamental na prática do cuidar em enfermagem. Sendo assim, este artigo busca uma interpretação de atitudes e ações na resolução de determinadas situações à luz do construto de Inteligência Emocional. Participaram do estudo, 17 enfermeiros assistenciais do Hospital das Clínicas de Marília. A coleta de dados se deu pelo preenchimento do questionário de caracterização pessoal e profissional e da Escala Schutte Self-Report Inventory. Os dados foram coletados em janeiro de 2012. A partir dos resultados concluímos que existe correlação em perceber emoções e utilizá-las, porém administrar as emoções e compreendê-las ainda é uma dificuldade para a classe de enfermeiros, diante da realidade do ambiente de trabalho e necessidade de decisões rápidas, assertivas e imparciais.

Palavras-chave: Enfermagem; inteligência emocional; assistência hospitalar; assistência de enfermagem.

Abstract

Emotional intelligence of nurses in a hospital school of S. Paulo, Brasil.

Nowadays, emotions management has become increasingly important and central in nursing practice. This article seeks an interpretation of attitudes and actions in the resolution of certain situations from the perspective of Emotional Intelligence. Seventeen nurses of the Hospital das Clínicas de Marília participated in the study. Data collection took place by filling a questionnaire on personal and professional characteristics and the Schutte Self-Report

Inventor Scale. Data were collected in January 2012. From the results gathered it is concluded that there is a correlation between perceiving emotions and its use, however managing emotions and understanding them is still difficult for nurses in the workplace and faced with the need for quick, assertive and impartial decisions.

Keywords: Nursing; emotional intelligence; hospital care; nursing care.

Introdução

Atualmente diversos estudos relatam as competências do cuidar em enfermagem relacionando a concepção ampliada da ação profissional (Gotardo 1996), estas competências se dão por meio de um conhecimento consistente onde o grande alvo é a plenitude da vida, sendo na prática aplicada por meio de peculiaridades que se relacionam na perspectiva do cuidar. Neste momento, a inteligência emocional (IE) emerge como conceito de habilidade na ação da enfermagem, e sua natureza vêm sendo investigada para uma ampliação da prática, aplicando a conexão entre as emoções e prática do cuidar. Considerando o cuidar em enfermagem, temos identificado na vivência da prática limites do campo da comunicação, diálogo e relações interpessoais influenciando diretamente na qualidade desta ação. A inteligência emocional aplicada, envolve principalmente a crítica habilidosa, o lidar com a diversidade, a sabedoria organizacional e o QI de grupo (soma dos talentos e aptidões dos envolvidos) (Goleman 1995), o que são características e habilidades essenciais no processo do cuidar, quando visto em âmbito organizacional da prática de enfermagem.

A autonomia aparece como tendência social geral dentro das profissões, o que por consequência gera mais competitividade buscando assim maior auto aceitação, atuando como uma pressão socioeconômica reduzindo a ação da cooperação, solidariedade e envolvimento. A enfermagem em si, no contexto da prática profissional não se afasta dessa realidade, sendo necessário o entendimento das aptidões emocionais para a busca da intersecção da razão e emoção para a prática integral do cuidado, sem o desequilíbrio pessoal, racional e emocional do profissional. Para tanto a sensibilidade do enfermeiro aparece como argumento influente, e o entendimento das emoções se faz importante na prática clínica e hospitalar, assim como em todas as ações relacionadas à produção de cuidados.

Os objetivos do estudo foram avaliar o índice de Inteligência Emocional da equipe de enfermeiros assistências de um hospital escola no interior paulista e discutir e explicar a síntese do conceito IE sobre o referencial da teoria e prática do cuidar em enfermagem apresentados pelos mesmos.

Referencial teórico

O conceito de inteligência pode ser abordado em diferentes perspectivas incluindo a biológica, cognitiva e psicológico. Para o âmbito de Inteligência Emocional é interessante manter o foco na conceitual literatura psicológica, cuja abordagem de inteligência tem se misturado a ideia de raciocínio. O cientista cognitivo Sternberg (Kaufman e Grigorenko 2009) apresenta a inteligência em um contexto geral, de que consistem em adaptação intencional a formação e seleção de ambientes do mundo real relevantes para a vida. Para este autor, este é o ponto de partida para a definição de inteligência, sendo assim contextualizando esta teoria, define alguns pontos importantes: define inteligência em termos de comportamento no ambiente do

mundo real, excluindo construções irreais como ocorrem nas patologias psiquiátricas; define inteligência em termos do comportamento que é relevante para a vida, como por exemplo, para aplicação da habilidade de adaptação social em determinada cultura; define inteligência como sendo intencional direcionada para metas, sendo estas conscientes ou inconscientes; define inteligência sendo adaptativa, porém ocorrem contradições se tratando simplesmente da adaptação do homem ao ambiente no âmbito da inteligência; define que inteligência envolve o moldar do ambiente, sendo assim, apresenta que pode ser que não exista um comportamento inteligente em si por conta de que as pessoas podem se adaptar aos diversos ambientes de diferentes maneiras; e por último apresenta que inteligência envolve a atividade de seleção do ambiente, sendo assim quando a pessoa reconhece que as tentativas de sucesso e de molde do ambiente para valores, habilidades e interesses não funcionaram, é hora de sair do ambiente e encontrar um novo o qual possa se adaptar melhor. Este conceito de Sternberg (Kaufman e Grigorenko 2009) é uma definição contextual de inteligência, a qual pode fornecer então uma aplicação prática e questionadora para o desafio do conceito final de inteligência para o homem do mundo moderno, considerando que a dimensão conceitual de inteligência apresenta desde o início desafios no campo prático e teórico.

Relacionando a inteligência emocional à promoção do cuidar em enfermagem, a habilidade do profissional é melhorada quando existe a consciência da inteligência emocional (Kooker, Shoultz e Codier 2007), assim como possui um papel importante na formação de sucesso da relação humana (Costa e Faria 2009). A assistência direta ao paciente e a cooperação nas relações diretas com a equipe multidisciplinar também pode ser relacionada à habilidade da Inteligência Emocional. Sobre o trabalho do enfermeiro, entende-se que o trabalho físico e emocional influencia para a diminuição do recurso crítico, sendo que as questões mais relacionadas ao trabalho poderiam então ser supridas através de gestão do aspecto emocional. Portanto identifica-se um valor de reconhecimento do conceito de IE nos cuidados de saúde, associando ao trabalho do enfermeiro, considerando esta exigência de componente no aspecto emocional (McQueen 2004).

Recentemente a neurociência tem defendido o entendimento da influência das emoções, e na busca pelo entendimento da inteligência emocional e duas reflexões, evidenciando a sistemática da inteligência emocional como aumento da consciência, o lidar eficientemente com nossos sentimentos aflitivos, manutenção do otimismo e perseverança, apesar de frustrações, aumentando a capacidade de empatia e envolvimento, cooperação e ligação social (Gotardo 1996). O intelecto não pode dar o melhor de si sem a inteligência emocional, sendo assim, o processo de se utilizar inteligentemente das emoções seria essencial para o equilíbrio das habilidades humanas.

O processo de desenvolvimento da inteligência emocional é dinâmico, e se dá a partir de experiências acumuladas, com o crescimento contínuo e construtivo das competências, e pode ser relacionado a um amadurecimento pessoal e profissional. Em se tratando de organização dos processos de trabalho, o modelo *taylorista* propõe a idéia de que a medida correta da excelência do trabalho era meramente a capacidade da mente humana, ou seja, através dos testes de QI, avaliando processos cognitivos e intelectuais.

Em contraponto, o pensamento freudiano apresenta que além do QI a personalidade humana exerce influência para a medida de potencial de trabalho, incluindo este conceito como

indicador de excelência. A partir da segunda metade do século XX, a inteligência cognitiva e pessoal aparece integrada, sendo destacado o modelo de inteligências múltiplas teorizado por Gardner (1995), que descreve entre outras inteligências, a inteligência interpessoal, onde deve existir a capacidade de integração e entendimento do outro. Entendemos que a inteligência emocional apresenta uma nova diretriz para avaliação e auto avaliação para o profissional enfermeiro, onde serão focadas as qualidades pessoais, como por exemplo, sua capacidade de adaptação, persuasão, empatia e iniciativas em dualidade às capacidades intelectuais e conhecimentos técnicos. Busca-se cada vez mais a excelência no cuidado do sujeito, buscando a singularidade deste, desenvolvendo habilidades dentro da profissão para que este processo seja realizado com eficiência e produtividade. A característica de eficiência e de produtividade são geradas através da promoção da competência da habilidade pessoal humana (Goleman 2001), reconhecendo que a parte emocional do cérebro humano aprende de um modo diferenciado do cérebro pensante, que realiza o raciocínio clínico, por exemplo. A prática do cuidar, utilizando competências cognitivas utilizando o conteúdo intelectual pode ser prejudicada se a inteligência emocional estiver deficiente. Os sentimentos devem ser expressos de formas apropriadas e efetivas, permitindo o trabalho interdependente, com tranquilidade e visando metas em comum. Fundamentalmente as competências emocionais são capacidades adquiridas (Goleman 2001), como por exemplo, a capacidade de interdependência, onde um profissional depende do inter-relacionamento com uma ligação forte para uma contribuição no processo terapêutico de determinado sujeito onde a meta é o cuidado integral.

Assim, para que se possa tirar o máximo proveito de seus recursos psicológicos é preciso conhecer o melhor possível do potencial e limitações desses recursos, e só assim seria possível então aperfeiçoar resultados e corrigir possíveis falhas. Procurando entender a importância das emoções, surgem propostas como de regulação do corpo, rapidez de ação, via rápida para decisão intuitiva, comunicação com o grupo como base da interpessoalidade, inspiração e criatividade, empatia e cumprimento da função dos instintos. Justifica-se então a importância do estudo das habilidades e competências do profissional de enfermagem, buscando o conhecimento conceitual e aplicado da inteligência emocional, para que se chegue a uma discussão da influência dessa percepção no âmbito da prática do cuidar em enfermagem.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa, que buscou aprofundar os conhecimentos relacionados à Inteligência Emocional no âmbito do profissional enfermeiro assistencial e à prática e teoria do cuidar em enfermagem, sendo considerado ainda não explorado pela literatura científica. O local do estudo é uma Unidade Hospitalar inaugurada em 2010, na cidade de Marília, pertencente ao Hospital das Clínicas da FAMEMA.

Os participantes foram incluídos no estudo por meio de convite e responderam individualmente os questionários. O caráter de inclusão compreendeu em ser profissional enfermeiro contratado do Hospital das Clínicas de Marília - FAMEMA Unidade III, sendo assim 17 enfermeiros participaram da pesquisa. Utilizou-se um questionário estruturado para a realização da caracterização profissional e pessoal dos participantes. A coleta de dados deu-se em janeiro de 2012. Para a coleta de dados dois questionários foram utilizados: o primeiro reportava-se a investigar a variável idade, sexo, estado civil, nível de instrução, tempo de formação, tipo

de instituição formadora e tempo de atuação na instituição. Para a avaliação do construto de Inteligência Emocional foi utilizado um questionário específico de avaliação por autorrelato, denominado Schutte Self-Report Inventory (SSRI), considerado atualmente um dos testes mais renomados disponíveis em âmbito internacional (Muniz e Primi 2007). O teste conhecido como Escala de Inteligência Emocional Schutte busca produzir resultados para avaliação de Inteligência Emocional para facetas de Percepção, Facilitação, Compreensão e Gerenciamento. Esta escala foi recentemente validada para o espanhol e traduzida para o português e contém 33 itens, o qual pode ser respondido através de cinco alternativas (1=discordo totalmente, 2=discordo parcialmente, 3=nem concordo, nem discordo, 4=concordo parcialmente, 5=concordo totalmente), a pontuação é marcada com a soma dos itens e o resultado final pode ser apresentado como a soma de construtos dentro do conceito de IE. É considerada uma ferramenta de fácil entendimento e auto aplicável (Anexo A).

O presente projeto foi enviado para apreciação do Comitê de Ética local e aprovado para aplicação sob o protocolo 300/11. Os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

A análise dos resultados se deram por meio de estatística descritiva do questionário de caracterização pessoal/profissional e questionário de autorrelato Schutte, por meio da análise dos quatro subtestes da inteligência emocional investigando a estrutura interna destes.

A população estudada é predominantemente do gênero feminino (88,2%), com idade entre 20-30 anos (58,8%) e casada (47,1%). Já em relação a caracterização profissional a maioria é formada em instituição particular (71,6%), com 1-5 anos de formação (47,1%), com no mínimo uma especialização concluída (82,3%), contudo a grande maioria possui mais de uma especialização (52,9%). Quanto ao tempo de trabalho na instituição, a grande maioria (88,2%), possui entre 1 a 5 anos. O que demonstra ser uma equipe jovem. Quanto ao gênero e idade, pesquisas recentes apontam que não existe variação significativa com relação à Inteligência Emocional (Birks, McKendree e Watt 2009). Porém paradoxalmente, estudos (Petrides, Furnham e Neil 2004) apresentam o gênero feminino possuindo maior pontuação em Inteligência Emocional do que o gênero masculino diante de um questionário de autorrelato e assim, a afirmativa mantém de acordo com o que conhecemos como traço emocional para mulheres, e traço racional para o gênero masculino. É interessante salientar a relação e a influência de analisar o construto Inteligência Emocional diante de contextos e instrumentos diferenciados, sendo assim, considerando a dificuldade de comparação de variáveis.

Quanto aos resultados da Escala de Inteligência Emocional de Schutte, estes foram divididos dentro de quatro construtos principais, que são: “Utilizar Emoções - Otimismo”, “Perceber Emoções”, “Administrar emoções” e “Compreender Emoções”. A pontuação apresentada para cada construto pode ser visualizada na tabela 2.

Tabela 1 – Escala de Inteligência Emocional de Schutte da equipe de enfermeiros – pontuação dividida por construto. Marília. 2012.

Construto	Utilizar Emoções (Otimismo)	Perceber Emoções	Administrar Emoções	Compreender Emoções
Pontuação	680	675	508	234

Diante dos resultados apresentados, entendemos que essa equipe de enfermagem utiliza as emoções e percebe as emoções significativamente, menos decididamente administra as emoções e pouco compreende as emoções. Sendo assim, entende-se que a gestão da emoção desta equipe apresenta-se prejudicada, considerando que pouco administra e compreende emoções. É importante reconhecer a capacidade do enfermeiro em gerenciar suas próprias emoções e compreender a emoção do sujeito (McQueen 2004), sendo este processo importante ativo no processo do cuidar em enfermagem, porém necessita ainda ser explorado com eficácia nos processos formadores. Utilizar e perceber emoções aparece significativamente, o que constrói uma imagem de que existe um cunho emocional ativo dentro do trabalho da enfermagem o qual necessita ser abordado mais profundamente.

Conclusões

Sabemos que é na atualidade que discutimos questões de relacionamento enfermeiro-paciente, como o modo holístico de assistir o sujeito como um todo e a humanização e empatia ao atendimento, o que envolve o reconhecimento das reais necessidades e uma intimidade com o sujeito e seu adoecimento. Sendo assim, a partir daí passa a existir a necessidade do enfermeiro em conhecer e administrar suas emoções (McQueen 2004) além da realização prática do cuidar, e este processo exige gestão de emoções.

O reconhecimento da importância da Inteligência Emocional para o cuidar em enfermagem, necessita ser pautado sobre o reflexo da Inteligência Emocional na complexidade e integralidade do trabalho vivo em saúde. Para este processo algumas questões são importantes como: IE na relação de cuidado (profissional-paciente) causando impacto sobre o cuidado centrado no paciente, a satisfação do paciente e qualidade no atendimento e o impacto da IE diante de questões de satisfações com o trabalho e desempenho em geral (Birks e Watt 2007). Neste âmbito surgem questões importantes para a discussão de estudos relacionando Inteligência Emocional e o trabalho em enfermagem, como por exemplo, se é possível o treinamento em IE e se a análise de IE deve fazer parte dos processos de recrutamento e seleção. Daí a visão prospectiva de que, cada vez mais habilidades e competências intrínsecas ao sujeito exerce influência em relações interpessoais e de trabalho em saúde possuindo reflexão sobre a qualidade e efetividade do cuidar.

Referências bibliográficas

BIRKS, Y. F., MCKENDREE, J. e WATT, I. Emotional intelligence and perceived stress in healthcare students: a multi-institutional, multi-professional survey. *BMC Medical Educ.* 2009, 9(61), 1-8 [consultado junho 2011]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-9-61.pdf>

BIRKS, Y. F. e WATT, I. S. Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal Society of Medicine.* 2007, 100(8), 368-74.

COSTA, A. C. e FARIA, L. A inteligência emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o Questionário de Competência Emocional (QCE). *Actas 10.º Congresso Internacional Galego-Português de psicopedagogia*, 2009 [consultado 28 Abr. 2012]. Disponível em: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/Xcongreso/pdfs/t9/t9c295.pdf>

GARDNER, H. *Inteligências múltiplas: A teoria na prática*. Porto Alegre: Arte Médicas, 1995.

GOLEMAN, D. *Inteligência emocional: A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

GOLEMAN, D. *Trabalhando com a inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

GOTARDO, G. I. B. A enfermagem arte: uma abordagem sob a ótica de Nietzsche. *Revista de Enferm UERJ*. 1996, vol. 2, n.º extra, 131-136.

McQUEEN A. C. H. Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, vol. 47, 101-118.

MUNIZ, M. e PRIMI, R. Inteligência emocional e desempenho em policiais militares: validade de critério do MSCEIT. *Aletheia*. 2007, 25, 66-81.

KAUFMAN, J. C. e GRIGORENKO, E. L. *The essential Sternberg: Essays on intelligence, psychology, and education*. NY: Springer Pub, 2009.

KOOKER, B. M., SHOULTZ, J. e CODIER, E. Identifying emotional intelligence in professional nursing practice. *Journal of Professional Nursing*. 2007, 23(1), 30-36.

PETRIDES, K. V., FURNHAM, A. e NEIL, M. G. N. Estimates of emotional and psychometric intelligence: evidence for gender-based stereotypes. *Journal of Social Psychology*. 2004, 144(2), 149-162.

Supervisão clínica em enfermagem: contributo para o desenvolvimento de competências para a mobilidade

Cândida Koch; Ana Paula Prata; Josefina Frade & Margarida Reis Santos

Escola Superior de Enfermagem do Porto, docentes.

Autor correspondente: **Cândida Koch** (candida@esenf.pt)

Resumo

A crescente mobilidade dos enfermeiros no espaço europeu implica uma maior preocupação com a excelência dos cuidados que se pretende prestar aos cidadãos. Torna-se fundamental identificar as competências necessárias para a mobilidade, bem como os fatores que a podem influenciar. Inserido no projeto *Training Requirement and Nursing Skills for Mobility* (TRaNS-forM), patrocinado pela União Europeia, desenvolveu-se este trabalho com o objectivo de Identificar habilidades e competências necessárias à mobilidade dos enfermeiros para outros países. Tendo por base o Inquérito Apreciativo e com recurso à técnica de *Focus Group*, os dados foram recolhidos em duas entrevistas semiestruturadas efetuadas a dois grupos, num total de 14 enfermeiros. Para além das competências nucleares como o trabalho de equipa, a comunicação e o respeito, os participantes consideraram que um conhecimento básico acerca da cultura e da sociedade do país, a criatividade/inação, o conhecimento linguístico, a flexibilidade, a mente aberta, a capacidade de transcender as questões culturais, a empatia, a competência ética e a capacidade para estabelecer uma relação de confiança seriam competências essenciais à mobilidade. A supervisão Clínica em Enfermagem pode ser um importante processo no suporte para o exercício e desenvolvimento destes profissionais.

Palavras-chave: Mobilidade; competências clínicas; supervisão clínica.

Abstract

Clinical supervision in nursing: a survey of the competencies for international mobility.

The increasing mobility of nurses within the European Union borders highlights the importance of excellence in care that is provided to citizens. It is crucial to identify the necessary competencies that drive international mobility as much as the factors that may influence such mobility. As part of the *Training Requirement and Nursing Skills for Mobility* (TRaNS-forM) project, supported by the European Union, the present survey was developed with

the objective to identify skills and competencies necessary for the mobility of nurses to other countries. Based on the Appreciative Inquiry and taking the Focus Group approach, data were collected during two semi-structured interviews conducted with two groups for a total of 14 nurses. In addition to core skills such as teamwork, communication and respectfulness, participants felt that a basic knowledge of the culture and society of the receiving country, creativity/innovation, knowledge of the foreign language, flexibility, open-mindedness, the ability to overcome cultural issues, empathy, ethical competence, and the ability to establish trustworthy relationships were essential to mobility. Clinical supervision in nursing can be an important process in support for the practice and development of these professionals.

Keywords: Mobility; clinical competencies; clinical supervision.

Introdução

A crescente preocupação das organizações de saúde em facultar cuidados de excelência aos seus clientes, cada vez mais conscientes dos seus direitos e com maiores expectativas, esteve na origem da premência da definição de padrões que elevassem o nível da qualidade dos cuidados de saúde.

Neste sentido, a evolução da disciplina de Enfermagem tem-se focado na formação de enfermeiros que detenham as habilidades e competências imprescindíveis à prestação de cuidados significativos e de qualidade ao cliente e família, perspetivando a promoção, manutenção, tratamento e reabilitação do seu estado de saúde, nos mais variados contextos (Winstanley e White 2003). Consequentemente surgiu a necessidade de desenvolver e implementar um método que promovesse a responsabilização e o desenvolvimento de novas competências dos enfermeiros (Spence et al. 2002), emergindo assim a Supervisão Clínica em Enfermagem como processo de suporte para o exercício profissional (Winstanley e White 2003; Butterworth et al. 2008).

A migração de enfermeiros é atualmente uma realidade crescente e o direito à mobilidade e à livre prática profissional no espaço europeu está salvaguardado por diretivas dos anos 70. A identificação das competências necessárias para a mobilidade e, dos fatores que a podem influenciar, torna-se um importante contributo para a satisfação profissional, promoção de um ambiente de cuidados seguro e prestação de cuidados de excelência.

Este trabalho foi desenvolvido no decurso do projeto *Training Requirement and Nursing Skills for Mobility* (TRaNSforM), patrocinado pela União Europeia, no âmbito do programa Leonardo da Vinci-parcerias, decorrente entre agosto de 2010 e julho de 2012.

Objetivo

Identificar habilidades e competências necessárias à mobilidade dos enfermeiros para outros países.

Método

O Inquérito Apreciativo (IA) foi o método escolhido para o desenvolvimento deste estudo que decorreu no âmbito do projeto TRaNSforM. O IA é descrito como um esforço colaborativo que visa valorizar e reconhecer o melhor das pessoas, das organizações e do mundo envolvente.

Os investigadores não se concentram em problemas, estudam o que na atualidade se considera que funciona.

A recolha de dados decorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2012, com recurso à técnica de *Focus Group*. Efetuaram-se duas entrevistas semiestruturadas a dois grupos de enfermeiros, com uma duração entre 90 a 120 minutos. Mediante consentimento informado, todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, efetuando-se posteriormente a análise de conteúdo ao discurso produzido.

Resultados

A amostra, de conveniência, compreendeu 14 enfermeiros (5 do sexo masculino e 9 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 23 e 61 anos. Todos tinham experiência de mobilidade, 64,3% (n=9) eram enfermeiros, 21,4% (n=3) enfermeiros-chefes, 14,3% (n=2) *silent partner* (FINE). Tempo de exercício profissional entre 1-35 anos (Média = 12,46 anos; SD= 13,28).

Os enfermeiros consideraram que um conhecimento básico acerca da cultura e da sociedade do país, a criatividade/inação, o conhecimento linguístico, a flexibilidade, a mente aberta, a capacidade de transcender as questões culturais, a empatia, a competência ética e a capacidade para estabelecer uma relação de confiança seriam competências essenciais à mobilidade.

O trabalho de equipa, a comunicação e o respeito foram considerados competências nucleares.

Conclusões

Os resultados do nosso estudo estão de acordo com os de outros investigadores que concluíram que a educação, as competências técnico-profissionais, a prática de cuidados culturalmente sensíveis, a reflexão sobre a prática e as competências linguísticas são essenciais e podem ser alguns dos fatores facilitadores da inserção ou exclusão dos enfermeiros em mobilidade (Hancock 2008; Woodbridge e Bland 2010). Tal como no nosso estudo, também observamos que no estudo de Adel e colaboradores (2004) as competências sociais associadas à fluência comunicacional foram das mais valorizadas pelos participantes.

Proporcionar práticas de enfermagem multiculturais, experiências internacionais e o desenvolvimento de competências linguísticas é essencial para a promoção da mobilidade. O domínio da língua confere qualidade ao cuidado e uma segurança essencial ao cliente, mas alcançar o nível de fluência necessário é uma das tarefas mais críticas enfrentadas pelos enfermeiros.

A Supervisão Clínica pode constituir-se como um processo de eleição para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem de qualidade, nestes enfermeiros, pois, promove o questionamento das suas ações, desempenhando um papel relevante no crescimento pessoal, no aumento da autoconfiança, e no autoconhecimento e *coping* (Hyrkäs et al. 2003; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Kivimäki 2005), tendo como fim último a melhoria dos cuidados. O supervisor clínico atua como facilitador no processo de desenvolvimento dos supervisados, promovendo o suporte essencial para o exercício de uma prática de excelência (Hyrkäs 2002), devendo o processo supervisionado atender ao desenvolvimento de competências e fornecer suporte e encorajamento pessoal e profissional aos enfermeiros.

Referências bibliográficas

- ADEL, M., BLAU, W., DOBSON, J., HOESH, K. e SALT, J. Recruitment and the migration of foreign workers in health and social care. *IMIS-Beitrag*. 2004, 25, 201-230.
- BUTTERWORTH, T. et al. Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. *Nurse Education Today*. 2008, vol. 28, 264-272.
- HANCOCK, P. K. Nurse migration: The effects on nursing education. *International Nursing Review*. 2008, 55, 258-264.
- HYRKÄS, K. *Clinical supervision and quality care: examining the effects of team supervision in multi-professionals teams*. Academic Dissertation, University of Tampere, 2002.
- HYRKÄS, K., APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K. e KIVIMÄKI, K. First-line managers views of the long-term effects of clinical supervision: How does clinical supervision support and develop leadership in health care? *Journal of Nursing Management*. 2005, vol. 13, 209-220.
- HYRKÄS, K. et al. Nurse managers conceptions of quality management as promoted by peer supervision. *Journal of Nursing Management*. 2003, vol. 11, 48-58.
- SPENCE, C. et al. A collaborative approach to the implementation of clinical supervision. *Journal of Nursing Management*. 2002, vol. 10, 65-74.
- WINSTANLEY, J. e WHITE, E. Clinical supervision: Models, measures and best practice. *Nurse Researcher*. 2003, 10(4), 7-38.
- WOODBIDGE, M. e BLAND, M. Supporting Indian nurses migrating to New Zealand: A literature review. *International Nursing Review*. 2010, 57, 40-48.

Competências do enfermeiro de cuidados gerais em Cuidados de Saúde Primários

Virgínia Guedes¹, João Apóstolo² & Maria Henriqueta Figueiredo³

¹ ACES Tâmega I - Baixo Tâmega, ARS Norte, Enfermeira.

² Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professor adjunto.

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador.

Autor correspondente: **Virgínia Guedes** (guedes.vir@gmail.pt)

Resumo

Enquadramento: A ideologia dos cuidados de saúde primários está claramente presente nos princípios norteadores da enfermagem, representando desta forma um contexto favorável ao desenvolvimento das competências da profissão. Este estudo pretende verificar de que forma as competências do enfermeiro de cuidados gerais são compreendidas e concretizadas ao nível dos cuidados de saúde primários. **Metodologia:** É um estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa numa amostra de 46 enfermeiros de cuidados gerais a trabalhar em cuidados de saúde primários, cujos dados foram recolhidos através de um questionário. **Resultados:** Verificamos que existe uma relação significativa entre a compreensão teórica do significado da competência e a sua concretização. As competências mais concretizadas relacionam-se com o domínio da prática profissional, ética e legal, operacionalizadas através de intervenções ligadas à protecção do direito do cliente, à gestão do processo clínico, à informação adequada ao cliente sobre as intervenções realizadas e actuação de acordo com linhas de orientação preestabelecidas. As competências menos concretizadas relacionam-se com a participação em programas de melhoria contínua da qualidade e actuação em situações de catástrofe. **Conclusão:** A compreensão dos conteúdos ligados a cada uma das competências é um factor preditivo à concretização das mesmas. No entanto, deverão estar também outros factores associados às variações dos resultados, uma vez que a competência é um processo dinâmico que resulta da biografia do sujeito, formação e situação profissional.

Palavras-chave: Competências; Enfermeiro de Cuidados Gerais; Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

The ideology of primary health care is clearly present in the guiding principles of nursing, thus representing an environment conducive to developing the skills of the profession. This study aims to verify how the skills of the general nurse are understood and implemented at the level of primary health care. An exploratory descriptive study of quantitative nature comprising a sample of 46 general care nurses working in primary health care, and data were collected through a questionnaire based on the framework of the responsibilities of general nurse set by the Council of Nursing and the Portuguese Nursing Council in 2003. There was a significant relationship between the theoretical understanding of the meaning of skills and its achievement. The skills achieved are more related to the field of professional practice, ethical and legal, operationalized through interventions related to the protection of customers rights, the management of clinical processes, adequate information to customers about the interventions and actions in accordance with pre-established guidelines. The skills achieved are less related to participation in programs of continuous quality improvement and performance in disaster situations. Understanding the meaning of each skills proves to be an important factor for its achievement. However, other factors should also be associated with variations in the results, since competence is a dynamic process that results from the subject's biography, education and professional situation.

Keywords: Skills; general care nurse; Primary Health Care.

Enquadramento teórico do tema e finalidade da comunicação

O conceito de Cuidados de Saúde Primários (CSP) foi pela primeira vez definido na Conferência de Alma-Ata (1979) como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade (...), no espírito de autoconfiança e autodeterminação” (Conferência de Alma-Ata 1978, p. 2). Estes são orientados por princípios de acessibilidade, globalidade, coordenação, longitudinalidade (Starfield 1998, cit. por Santana e Costa 2008, p. 32), equidade, solidariedade e responsabilidade (OMS 2002), sempre considerando a saúde como direito fundamental.

Em Portugal os CSP estão atualmente organizados numa estrutura de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (Decreto-Lei n.º 28/2008) que são serviços públicos de autonomia administrativa constituídos por um ou mais Centros de Saúde (CS), que têm como missão garantir a prestação de CSP à população de uma dada área geográfica. São constituídos por unidades funcionais tais como Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Deste modo, a prática de enfermagem ao nível dos CSP integra os seus princípios refletindo-se na prestação de cuidados ao indivíduo, família e comunidade, do nascimento até à morte, no sentido de promover, melhorar, manter ou restaurar a sua saúde (ICN 2008).

A Declaração de Munique tornou-se também num marco por enfatizar o papel do enfermeiro no contexto dos CSP, em especial nos cuidados centrados na família, levando assim ao desenvolvimento do papel do enfermeiro de saúde familiar (OE 2000). Em Portugal, após

a subscrição desta declaração pela Ordem dos Enfermeiros (OE), surge o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo 2012), como uma abordagem contributiva à prática de cuidados de saúde primários centrados no sistema familiar.

Tendo em conta os conceitos de essencialidade, longitudinalidade, globalidade e integridade que caracterizam os cuidados de enfermagem no âmbito dos CSP, consideramos que estes são princípios que contribuem para o desenvolvimento de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

O conceito de competência pode definir-se como um processo que resulta da combinação pertinente de vários recursos para saber gerir uma situação profissional (Boterf 2000). Este é influenciado por vários fatores que podem ser agrupados na biografia do sujeito, situação de formação e situação profissional (Boterf 2000).

Patrícia Benner (2001) explica que este processo, na profissão de Enfermagem, pode desenvolver-se em cinco estados: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito, sendo que o enfermeiro competente trabalha no mesmo serviço há 2/3 anos, apercebe-se dos seus atos a longo prazo, é capaz de realizar um plano que estabelece uma perspetiva consciente, abstrata e analítica e é capaz de fazer frente a vários imprevistos (Benner 2001).

Com base no modelo de Benner (2001), no enquadramento concetual dos cuidados de enfermagem, nos enunciados descritivos dos Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE 2001) e num conjunto de competências incluídas numa proposta do International Council of Nurses (ICN), após uma série de trabalhos, a OE publicou em 2003 o Referencial de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Este documento integra 96 competências agrupadas em três grandes domínios: prática profissional, ética e legal; prestação e gestão dos cuidados; e desenvolvimento profissional, que “referem um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo o ajuizar” (OE 2003, p. 16).

Sendo a competência um processo multifatorial e os CSP um contexto subjetivo, torna-se importante conhecer de que forma os enfermeiros o experienciam. Com base no Referencial (OE 2003), pretendemos com este estudo descrever quais as competências mais e menos compreendidas, as competências mais e menos concretizadas pelo enfermeiro de cuidados gerais em CSP, bem como identificar ações que concretizam as mesmas.

Metodologia

Estudo de natureza exploratório-descritiva, de abordagem quantitativa.

Os participantes foram um grupo de 46 enfermeiros de cuidados gerais de cuidados gerais a trabalhar num ACES do distrito do Porto há pelo menos dois anos (Benner 2001).

Como variáveis do estudo foram definidas: o nível de compreensão (atribuição de significado), o nível de concretização (prática efetiva) e as ações que concretizam as competências.

Como instrumento de colheita dos dados foi utilizado um questionário composto por uma escala tipo *Likert*, com variação entre 1 e 3, aplicada às duas variáveis, com base no Referencial de competências (OE 2003) e 96 espaços de resposta aberta nos quais os enfermeiros descreveram uma ou mais ações que operacionalizam as competências com níveis de concretização mais

altos (entre 2 e 3 segundo a escala). A escala revelou uma boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach a oscilarem entre 0,831 e 0,965 nos três domínios e de 0,971 no total.

O tratamento dos dados foi realizado através do programa informático SPSS 16.0 com uma análise estatística descritiva, e através de técnicas de análise de conteúdo (Bardin 2009).

Análise dos resultados

No que diz respeito à variável compreendo, as competências mais compreendidas foram as 34 – *Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde* (média=2,98), 49 – *Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou os cuidadores* (média = 2,97) e 63 – *Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara* (média= 2,97). Todas estas competências pertencem ao domínio de *Prestação e gestão dos cuidados*.

As competências com menor nível de compreensão foram as 31 – *Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe* (média=2,29), 81 – *Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspetos dos cuidados delegados ao outro* (média = 2,36), 27 – *Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde* (média = 2,37) e 39 – *Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades* (média= 2,37).

Relativamente à variável concretizo, as competências com maior média foram as competências 8 – *Respeita o direito dos clientes no acesso à informação* (média = 2,89), 9 – *Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional* (média = 2,89) e 17 – *Prática de acordo com a legislação aplicável* (média = 2,89).

As competências com menor média nesta variável foram as 90 – *Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade* (média = 2,02), 57 – *Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe* (média = 2,07), 31 – *Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe* (média = 2,15) e 81 – *Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspetos dos cuidados delegados ao outro* (média = 2,15).

Analisando os resultados relativamente à média das competências com compõem cada domínio, verificamos que a *Prática profissional, ética e legal* apresenta simultaneamente maiores níveis de compreensão (média=2,87) e de concretização (média=2,72). O domínio *Prestação e gestão dos cuidados* apresenta simultaneamente menores níveis de compreensão (média=2,74) e de concretização (média=2,55).

Através do cálculo do coeficiente de Spearman, verificou-se que existe uma correlação positiva entre estas variáveis. Analisando os três domínios, verifica-se que a correlação média varia entre 0,453 e 0,696, sendo mais forte no domínio *Prestação e gestão dos cuidados*.

Da análise de conteúdo resultaram um total de 47 categorias. Estas traduzem as ações que concretizam as competências. Tendo em conta as competências mais concretizadas, verificamos que a competência 8 (*Respeita o direito dos clientes no acesso à informação*) é concretizada através de ações de *Proteger o direito do cliente, Informar o cliente sobre intervenções, Adequar informação ao cliente e Informar o cliente sobre cicatrização da ferida*; a competência 9 (*Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional*) é

concretizada através de ações de *Proteger direito do cliente* e *Gerir o processo clínico*; a competência 17 (*Prática de acordo com a legislação aplicável*) é concretizada através de ações de *Atuar de acordo com linhas de orientação* e *Vacinar de acordo com linhas de orientação*.

Discussão dos resultados

Dada a correlação positiva entre as duas variáveis verificamos que a compreensão influencia positivamente a concretização das competências. Considerando que o *saber compreender* é um teórico que se adquire ao nível da formação formal (inicial e contínua) (Boterf 2000, p. 145), os resultados relativos às competências mais compreendidas poderão evidenciar maiores níveis de saber teórico relativamente a conceitos relacionados com *perspetiva holística, estabelecimento de prioridades e tratamento de informação clara*.

Da mesma forma, menores níveis de compreensão das competências relacionadas com *planos de emergência e catástrofe, estratégias de supervisão, delegação de cuidados e direito do cliente* poderão sinalizar menores saberes teóricos relativos a estes conteúdos.

As competências mais concretizadas pertencem ao domínio *Prática profissional, ética e legal*. As ações descritas para a concretização destas competências integram conteúdos do código deontológico e do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), nomeadamente os conceitos de *dignidade, privacidade, confidencialidade e direitos humanos*, o que traduz uma grande influência ético-deontológica na prática do enfermeiro de cuidados gerais em CSP.

Os resultados relativos às competências menos concretizadas evidenciam a existência de outros fatores, que não só o conhecimento teórico, a influenciar estes resultados, uma vez que a correlação entre as variáveis não é perfeita. Assim, a menor prática de competências relacionadas com *melhoria contínua da qualidade, processos de garantia da qualidade, atuação em situações de emergência e catástrofe e compreensão de planos de emergência e catástrofe* poderá estar relacionada com fatores pessoais relativos aos enfermeiros e aspetos relacionados com o contexto de trabalho.

Conclusões

O conhecimento teórico (situação de formação) é um fator preditivo concretização das competências, mas não determinante. Fatores relacionados com a biografia do sujeito e o contexto de trabalho influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro de cuidados gerais em CSP.

O domínio da Prática profissional, ética e legal detém as competências mais compreendidas e concretizadas pelo enfermeiro de cuidados gerais em CSP.

Analisar a compreensão e concretização das competências do enfermeiro, bem como as ações que orientam as suas práticas, poderá ajudar na deteção de necessidades de formação, melhorar a visão no processo de avaliação, desenvolver estratégias organizativas nos contextos de trabalho e promover a autoavaliação, reflexão, análise e distanciamento dos enfermeiros das suas práticas, o que fomenta o contínuo desenvolvimento de competências.

Referências bibliográficas

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4.ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BENNER, P. *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- BOTERF, G. *Compétence et navigation professionnelle*. Paris: Editions d'Organization, 2000.
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata, 6-12 setembro, 1978.
- Conferência Internacional A Enfermagem de saúde familiar, contexto, quadro conceptual e currículo. 2.ª Conferência da OMS para a Enfermagem Obstétrica*. Munique, 15-17 junho, 2000.
- DECRETO-LEI n.º 161/96 D. R. I Série A de 9 de abril. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Ministério da Saúde, pp. 2959-62.
- DECRETO-LEI n.º 28/2008. D. R. I Série 38 de 28 de fevereiro. *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)*. Ministério da Saúde, pp. 1182-89.
- FIGUEIREDO, M. *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lisboa: Lusociência, 2012.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Servir a comunidade e garantir a qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008.
- LEI n.º 111/2009. D. R. I Série 180 de 16 de setembro. *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa, Ministério da Saúde, pp. 6528-50.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: OE, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Concelho de Enfermagem. Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Saúde 21. Saúde para todos no século XXI: Uma introdução*. Loures: Lusociência, 2002.
- SANTANA, R. e COSTA, C. *A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2008, 7, 29-52.

Avaliação do ensino clínico de enfermagem: perspectiva dos estudantes

Elsa Melo¹, Célia Freitas² & João Simões¹

¹ Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde, Professor adjunto.

² Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde, Professor adjunto convidado.

Autor correspondente: **Elsa Melo** (elsamelo@ua.pt)

Resumo

Desenvolvemos um estudo com o objetivo de conhecer as perspetivas dos estudantes do 3.º ano do curso de licenciatura em enfermagem da ESSUA acerca do processo de supervisão e operacionalização de um Ensino Clínico, através de um estudo exploratório e descritivo com abordagens quantitativa e qualitativa. Amostragem por conveniência constituída por 62 estudantes. Utilizámos um questionário de autopreenchimento para a recolha de dados, constituído por 28 itens de avaliação, agrupados em 4 áreas temáticas, respetivamente: preparação para o ensino clínico; desempenho e motivação; acompanhamento e supervisão e metodologia de avaliação. Cada item é pontuado numa escala tipo Likert (1 a 5) categorizada desde discordo totalmente ao concordo inteiramente, respetivamente. Inclui igualmente duas questões abertas para identificação dos aspetos mais positivos e menos positivos no ensino clínico. Como resultados salientamos: na preparação para o ensino clínico, os estudantes avaliaram de forma mais positiva o conhecimento prévio dos objetivos (92,0%) e como menos positivo a desadequação dos conteúdos lecionados em relação à área cirúrgica (24,2%); no desempenho e motivação avaliaram as diversas oportunidades de aprendizagem ao nível das várias dimensões de competência (96,8%) como o item mais positivo (96,7%); no acompanhamento e supervisão o item mais valorizado foi a boa integração efetuada pelo supervisor (98,4%) e como menos positivo a abertura dos profissionais para o esclarecimento de dúvidas (16,1%); na metodologia de avaliação avaliaram positivamente a disponibilidade de tempo para a avaliação (95,2%). Da análise de conteúdo, foram referidos, maioritariamente, aspetos mais positivos (61,9%), nas categorias “desenvolvimento de competências”, “supervisão” e “dinâmica do serviço”. Como aspetos menos positivos (38,1%) salientaram a “organização”, no indicador “número excessivo de estudantes por supervisor”. Globalmente, os estudantes fizeram uma apreciação positiva da organização e planeamento do ensino clínico, bem como do processo supervisivo, contudo identificaram como aspetos a melhorar a preparação teórica prévia ao ensino clínico e a diminuição do rácio de estudante por supervisor.

Palavras-chave: Educação em enfermagem; estágio clínico; supervisão de enfermagem.

Abstract

We have conducted a study to understand the students' perspectives of the 3rd year of the degree course in nursing of the School of Health Sciences, University of Aveiro (ESSUA), about the process of clinical supervision through an exploratory and descriptive study with qualitative and quantitative approaches and a convenience sample of 62 students. For data collection we applied a self-administered questionnaire with 28 evaluation items, grouped in four thematic areas, respectively: planning of clinical practice; performance and motivation; monitoring and supervision; and evaluation methodology of clinical practice. Each item was scored on a Likert scale (1-5) categorized from "totally disagree" to "totally agree", respectively. It also included two open questions to identify both more or less positive aspects of clinical practice. In planning of clinical practice, the results showed that the students evaluated more positively the previous knowledge of the aims (92.0%) and less positive the inadequacy of the contents taught in class related to the surgical area (24.2%); in performance and motivation, the students evaluated the several learning opportunities in diverse dimensions of competence as the most positive item (96.8%); in monitoring and supervision, the more positive item was the good integration performed by supervisor (98.4%), and the less positive item was the poor availability of the nurses to answer questions (16.1%); in evaluation methodology, the students referred more positively the availability of time for evaluation (95.2%). The content analysis showed that the students mostly referred the "competence development", "supervision" and "service's dynamics" as the more positive aspects (61.9%). As a less positive aspect (38.1%) they referred the "organization of the clinical practice," in the item "excessive number of students per supervisor." Globally, the students made a positive evaluation of the organization and planning of the clinical practice as well as the supervision process, however they identified as issues to improve, the theoretical preparation for clinical practice and the decrease ratio of student per supervisor.

Keywords: Nursing education; clinical practice; nursing supervision.

Enquadramento teórico do tema e finalidade da comunicação

A supervisão é o "processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta o estudante no desenvolvimento humano, educacional e profissional numa atitude de monitorização sistemática da prática sobretudo através da reflexão e experimentação" (Alarcão e Tavares 2007). Orientar pressupõe, por conseguinte, que o saber seja investido na ação, permitindo integrar e desenvolver o saber-ser, o saber-estar e o saber-fazer. Numa relação superviviva, formador e formando percebem-se e aceitam-se como seres independentes, (...) que se tentam compreender (...) numa interacção recíproca e dinâmica intersubjectiva, numa relação (...) que se desenrola numa atmosfera de disponibilidade (Garrido, Simões e Pires 2006).

Essa relação vai ao encontro ao modelo ecológico de supervisão, em que, conscientes da mutabilidade dos contextos, assumimos a natureza instável dos intervenientes na relação e a multiplicidade de interações que integram essa mesma relação de ajuda, orientada no sentido de encaminhar o supervisando para a sua crescente autonomia. Supervisionar inclui, por isso, ajudar e tem por base uma relação fundamentada no respeito, na confiança e na tolerância (Fonseca 2006).

Atualmente considera-se que ao longo da nossa vida assumimos diferentes papéis, ora de ajudantes, ora de ajudados (Garrido, Simões e Pires 2006). Este pressuposto alterou definitivamente o processo tradicional da supervisão. Baseado no conceito Rogeriano, hoje a supervisão assume-se como uma relação de ajuda, isto é, não-diretiva, colaborativa, que assenta em princípios de valorização pessoal do outro e na sua capacidade para resolver autonomamente adversidades (Rogers 1985). Na relação, para a qual ambos os intervenientes são determinantes, encontram-se os princípios da pessoalidade, da consciencialização, da auto-implicação do sujeito e da consideração positiva incondicional que permite o desenvolvimento do superviando e da sua capacidade de tomada de decisões apropriadas.

O processo de supervisão é dinâmico ao permitir a auto e heterosupervisão, uma relação que permite a mudança dos seus intervenientes. Identificam-se três elementos decisivos para a melhor compreensão do processo de supervisão: sujeitos intervenientes, tarefas a realizar/atividades e atmosfera afetiva - relacional envolvente (Galveias 2008).

O ciclo superviando tem sido alvo de estudo por investigadores. Em 2003, Abreu identificava um conjunto de seis etapas: objetivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação. Quatro anos depois, Alarcão e Tavares (2007) resumiam o ciclo da supervisão em quatro fases: encontro pré-observação, observação, análise de dados, encontros pós observação.

A relação superviando possui três dimensões (Severinsson 1999): a confirmação, o significado e a consciencialização. A ênfase da supervisão deve ser colocada no desenvolvimento de uma identidade, de competências e de um pensamento ético. O supervisor e o formando devem compor uma diáde. O diálogo é importante para confirmar saberes, oferecer apoio e dar pistas para o seu desenvolvimento, favorecer a consciencialização, ter uma ideia mais informada e consciente de si, dos outros e do contexto, bem como a sua posição face a todos estes. A consciencialização é para o autor, o elemento estruturante da aprendizagem clínica.

Mas afinal que papel deve assumir o supervisor em todo o processo? O supervisor deve “ensinar a aprender”, até porque a prática é geradora de teoria e os saberes são saberes construídos a partir de uma prática reflexiva. O supervisor é ainda descrito enquanto um adulto em presença de um outro adulto, que tem como missão facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do outro, não devendo fazê-lo como se faz a um estudante do secundário, mas considerando as experiências passadas, sentimentos e percepções, a capacidade de autorreflexão, não dando receitas, mas criando junto do superviando um espírito de investigação-acção (Sá-Chaves 2002).

Na sequência, refira-se o modelo integrador que defende um conceito de supervisão não *standard*, único que permite respeitar o direito à diferença (Faria 2007).

Efetivamente são nos estágios que os estudantes aplicam os princípios de enfermagem e desenvolvem competências práticas como, por exemplo, a capacidade de trabalho em equipa, a tomada de decisões bem como, as competências de comunicação, entre outras (Quinn 1998).

Desta forma, o ensino clínico constitui um contexto privilegiado para o desenvolvimento de aprendizagens em que a mobilização e consolidação dos conhecimentos adquiridos, contraria as conceções de uma formação centrada na escola, desligada da reflexão e da curiosidade intelectual que as situações clínicas reais estimulam.

Tendo consciência da importância da supervisão no desenvolvimento de competências dos estudantes em ensino clínico decidimos realizar o presente estudo com a finalidade de avaliar a supervisão num ensino clínico do curso de licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Metodologia

Desenvolvemos um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, com estudantes do 3.º ano do curso de licenciatura em Enfermagem da ESSUA, no ano letivo 2011/2012.

O estudo foi desenvolvido com os estudantes que completaram a Unidade Curricular Ensino Clínico III, realizada em serviços da área médica e da área cirúrgica, de três hospitais da região centro e um hospital da região norte de Portugal.

A amostra foi constituída por 62 estudantes, 10,6% do género masculino e 89,4% do género feminino. Com idades entre os 20 e os 38 anos e uma média de 21,6 anos.

Para a colheita de dados, construímos um questionário designado Avaliação dos Ensinos Clínicos pelos Estudantes (AECE), baseado em diversos documentos estruturais do modelo de ensinos clínicos da ESSUA e do processo de Bolonha. Foi realizado um teste cognitivo e de compreensão com estudantes e com peritos, tendo-se procedido a uma análise item a item, de que resultou uma versão de consenso. O tempo de preenchimento é de 10 minutos. O contato com os estudantes foi efetuado de forma personalizada pelos investigadores, tendo sido efetuado o consentimento livre e esclarecido aos participantes.

O questionário é constituído por 28 frases, agrupadas em quatro dimensões, respetivamente: preparação para o ensino clínico (i); desempenho e motivação (ii); acompanhamento e supervisão (iii) e metodologia de avaliação (iv) (Tabela 1). Cada item é pontuado numa escala tipo *Likert* com as opções de resposta: discordo totalmente (1); discordo moderadamente (2); neutro (3); concordo moderadamente (4) e concordo inteiramente (5). Inclui também duas questões abertas para identificação dos aspetos mais positivos e menos positivos no ensino clínico.

Tabela 1 – Dimensões do AECE

Dimensões	N.º de frases	Pontuação
Preparação do ensino clínico	11	1-5
Desempenho e motivação	5	1-5
Acompanhamento / Supervisão	8	1-5
Metodologia de avaliação	4	1-5

Preparação para o ensino clínico (i)

Esta categoria relaciona-se com os aspetos relativos à organização e planeamento do ensino clínico, incluindo a elaboração do guião, a adequação dos objetivos ao local de realização do mesmo, a adequação do número de estudantes ao local de estágio, a conformidade entre as aulas práticas e os conteúdos leccionados na escola, para a prática clínica e para a aprendizagem dos estudantes, incluindo também, a percepção de apoio do Centro de Estágio.

Desempenho e motivação (ii)

Relaciona-se com a autopercepção do estudante acerca do seu desempenho no ensino clínico, nomeadamente, a capacidade de mobilização de conhecimentos teóricos, a percepção de oportunidades de aprendizagem ao nível das várias dimensões de competências, a capacidade de ultrapassar dificuldades e a capacidade de integração na equipa de saúde.

Acompanhamento/Supervisão (iii)

Esta categoria refere-se à perspetiva do estudante sobre o acompanhamento e supervisão durante o ensino clínico. Inclui aspetos como a percepção que o estudante tem acerca da abertura da equipa de enfermagem para orientar o processo de aprendizagem e para responder a dúvidas, a adequação da metodologia de trabalho, bem como, a percepção em relação à integração e ao acompanhamento efetuado pelo supervisor.

Metodologia de avaliação (iv)

Aprecia a percepção do estudante acerca da metodologia e da grelha de avaliação, bem como, a coordenação entre os diferentes elementos participantes no ensino clínico: docentes, supervisores, orientadores cooperantes e tutores.

Na análise quantitativa dos dados foi utilizado o Software SPSS versão 21.0. Assim, num primeiro momento foi criada uma base de dados com todos os itens organizados pelas dimensões anteriormente referidas. As respostas dos estudantes foram agrupadas de acordo com as pontuações dadas a cada item da seguinte forma: as respostas “discordo totalmente” e “discordo moderadamente” foram agrupadas em discordo; as respostas “neutro” mantiveram-se isoladas como segunda pontuação; as respostas “concordo moderadamente” e “concordo inteiramente” foram agrupadas em “concordo” resultando na terceira pontuação.

Os dados foram posteriormente submetidos a uma análise descritiva calculando-se as percentagens válidas, médias e desvio padrão para cada item analisado.

As respostas das questões abertas foram alvo de uma análise de conteúdo temático predominantemente indutiva, baseada na revisão de literatura e nas respostas dos estudantes (Bardin 1977). Desta análise resultaram grelhas com categorias e indicadores, tendo sido realizado uma contagem de frequências e calculadas as percentagens respetivas.

Análise dos resultados

Dimensão preparação do ensino clínico

Relativamente a esta dimensão (Tabela 2), os estudantes no módulo de enfermagem médica, avaliaram mais positivamente a preparação do ensino clínico pela ESSUA (95,2%) e menos positivamente o indicador “O número de estudantes por grupo foi adequado às condições dos serviços” (17,7%).

No módulo de enfermagem cirúrgica, os estudantes pontuaram como mais positivo, o conhecimento atempado dos objetivos do ensino clínico (92%), como menos positivo apontaram o número de elementos por grupo (31,2%) e a desadequação dos conteúdos lecionados na escola (24,2%).

Tabela 2 – Dimensão preparação do ensino clínico

Indicadores	Enfermagem Médica					Enfermagem Cirúrgica				
	D	N %	C	Med	DP	D	N %	C	Med	DP
1. O ensino clínico foi bem preparado pela ESSUA.	1,6	3,2	95,2	4,3	0,6	9,7	21	69,4	3,8	0,9
2. O guia orientador do ensino clínico estava bem elaborado.	1,6	11,3	87,1	4,3	0,7	1,6	11,3	88,1	4,3	0,7
3. Os objetivos do ensino clínico foram adequados ao momento do curso e ao serviço.	4,8	3,2	92	4,1	0,8	4,8	4,8	90,4	4,2	0,8
4. Tive conhecimento dos objetivos atempadamente.	3,2	4,8	92	4,5	0,7	3,2	4,8	92	4,5	0,7
5. Os conteúdos lecionados na escola foram adequados ao âmbito do ensino clínico.	3,2	19,4	77,5	3,8	0,6	24,2	29	46,8	3,3	1
6. As aulas práticas foram úteis para a prática clínica.	1,6	9,8	88,5	4,2	0,7	6,6	21,3	72,1	3,9	0,9
7. O número de horas do ensino clínico foi adequado aos objetivos de aprendizagem.	9,7	6,5	83,8	4,1	1	8	8,1	83,8	4,2	1
8. O número de estudantes por grupo foi adequado às condições dos serviços.	17,7	14,5	67,8	3,7	1	31,2	27,9	41	3,3	1,2
9. O número de estudantes por grupo foi adequado aos objetivos propostos.	6,4	19,4	74,2	3,9	0,9	21,3	29,5	49,2	3,4	1,0
10. As instalações e materiais disponíveis no local de ensino clínico foram adequadas para a minha aprendizagem.	1,6	4,9	93,5	4,2	0,7	3,3	13,1	83,6	4,2	0,8
11. Tive o apoio necessário do gabinete de apoio aos ensino clínicos da ESSUA.	0	24,6	75,4	4,1	0,8	0	29,9	70,2	4,1	0,8

Dimensão desempenho e motivação

Nesta dimensão sobressaem os aspetos mais positivos (Tabela 3), nomeadamente no módulo de enfermagem médica, a mobilização dos conhecimentos teóricos para o contexto da prática clínica (96,8%) e as diversas oportunidades de aprendizagem ao nível das várias dimensões de competência (96,8%), sendo este último indicador também o mais pontuado na área cirúrgica (90,3%).

Tabela 3 – Dimensão desempenho e motivação

Indicadores	Enfermagem Médica					Enfermagem Cirúrgica				
	D	N %	C	Med	DP	D	N %	C	Med	DP
12. Consegui mobilizar corretamente os conhecimentos teóricos para o contexto da prática clínica.	0	3,2	96,8	4,1	0,4	1,6	13,2	85,2	4,0	0,6
13. Tive diversas oportunidades de aprendizagem ao nível das várias dimensões de competência.	0	3,2	96,8	4,5	0,6	0	9,7	90,3	4,3	0,6
14. Consegui ultrapassar as dificuldades adequadamente.	1,6	8,1	90,3	4,2	0,7	4,8	9,7	85,5	4,1	0,8
15. Os meus objetivos individuais foram executáveis no contexto deste Ensino Clínico.	1,6	3,2	95,2	4,3	0,6	3,2	8,1	88,7	4,3	0,7
16. Consegui integrar-me na equipa de saúde.	1,6	1,6	96,7	4,6	0,6	4,8	14,5	80,7	4,2	0,9

Dimensão acompanhamento/supervisão

A boa integração ao ensino clínico por parte do supervisor foi o indicador mais valorizado no módulo de enfermagem médica (98,4%), não sendo relevantes as respostas discordantes (Tabela 4).

Tabela 4 – Dimensão Acompanhamento / Supervisão

Indicadores	Enfermagem Médica					Enfermagem Cirúrgica				
	D	N %	C	Med	DP	D	N %	C	Med	DP
17. Fomos integrados nas atividades do serviço pela equipa de enfermagem.	3,2	1,6	95,2	4,6	0,7	4,8	17,7	77,4	4,1	0,9
18. Houve abertura da equipa de enfermagem para orientar no processo de aprendizagem.	1,6	1,6	96,7	4,6	0,6	9,7	27,4	62,9	3,9	1
19. Sentimos abertura de todos os profissionais para responder às nossas dúvidas.	1,6	3,2	95,1	4,6	0,6	16,1	21	62,9	3,8	1,1
20. A metodologia de trabalho do serviço foi adequada às minhas necessidades de aprendizagem	0	4,8	95,2	4,5	0,6	0	21,3	78,7	4,1	0,7
21. O Supervisor fez uma boa integração ao ensino clínico.	0	1,6	98,4	4,7	0,5	6,6	16,4	77,1	4,1	1
22. O Supervisor coordenou e orientou o ensino clínico no seu local de trabalho.	1,6	3,2	95,2	4,5	0,6	1,6	11,3	87,1	4,2	0,7
23. Considero que tive um bom acompanhamento/supervisão durante este ensino clínico.	1,6	6,5	92	4,5	0,7	9,7	21	69,3	4	1
24. A orientação docente correspondeu às suas necessidades de aprendizagem	6,4	1,6	91,9	4,4	0,9	8,1	12,9	79,1	4,2	1

No módulo da enfermagem cirúrgica, os estudantes consideraram como mais positivo a coordenação e a orientação do ensino clínico pelo supervisor no seu local de trabalho (87,1%) e como menos positivo, a abertura de todos os profissionais para esclarecimento de dúvidas (16,1%).

Dimensão metodologia de avaliação

Nesta dimensão (Tabela 5), os estudantes avaliaram mais positivamente em ambos os módulos do ensino clínico, a correta disponibilização de tempo para avaliação com 95,2% e 93%, respetivamente na enfermagem médica e cirúrgica.

Tabela 5 – Dimensão Metodologia de avaliação

Indicadores	Enfermagem Médica					Enfermagem Cirúrgica				
	D	N %	C	Med	DP	D	N %	C	Med	DP
25. Houve uma boa coordenação nos contributos dos docentes orientadores, supervisores/ orientadores cooperantes e tutores.	3,2	8,1	88,7	4,3	0,8	4,8	8,1	87,1	4,1	0,8
26. Existiu uma correta disponibilização de tempo para a avaliação.	4,8	0	95,2	4,3	0,7	1,6	8,1	90,3	4,3	0,7
27. A grelha de avaliação do ensino clínico foi definida corretamente.	4,8	17,7	77,4	4,1	0,9	3,2	29	67,8	4	0,9
28. A metodologia de avaliação foi adequada ao ensino clínico.	3,3	10	86,7	4,2	0,8	1,7	16,7	81,7	4,1	0,7

Análise de conteúdo das questões abertas

Na totalidade das unidades de registo, verificou-se maior percentagem de aspetos positivos (61,9%), do que de aspetos menos positivos (38,1%). As categorias “desenvolvimento de competências” (39,7%), “supervisão” (23,1%) e “dinâmica do serviço” (30,8%), foram as mais referidas como positivas no ensino clínico. Como aspectos menos positivos, salientaram a categoria “organização” (64,6%), nomeadamente no que respeita ao número excessivo de estudantes por supervisor.

Tabela 6 – Análise de conteúdo das questões abertas

Categorias	Aspetos positivos		Aspetos negativos	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Desenvolvimento de competências	31	39,74	4	8,33
Supervisão	18	23,08	5	10,42
Organização	4	5,13	31	64,58
Dinâmica do serviço	24	30,78	4	8,33
Indicadores de avaliação	1	1,27	3	6,25
Logística	1	2,09
Total	78	100	48	100

Discussão dos resultados

Com base nos resultados obtidos e, segundo uma perspetiva global, verificamos que, em média os estudantes avaliaram ambos os módulos do ensino clínico III, enfermagem médica e cirúrgica, de forma bastante positiva embora, a área cirúrgica tivesse apresentado médias ligeiramente mais baixas, principalmente nas dimensões relativas à planificação do ensino clínico e ao processo de supervisão e acompanhamento.

Pelo contrário, na dimensão que diz respeito à motivação e desempenho dos estudantes, as médias foram ligeiramente mais elevadas podendo indicar por parte destes uma maior perceção no que diz respeito ao seu empenho e motivação. Este aspeto evidencia o que Simões (2009) refere quando apresenta os diferentes níveis do processo supervisivo em que, conforme avançam os níveis, o estudante também aumenta gradualmente a sua motivação e autonomia e diminui a imitação do supervisor gerindo os conflitos de forma mais adequada pois, além de possuir uma maior perceção das suas limitações, também desenvolve mais assertivamente as suas emoções.

A maior parte dos saberes em Enfermagem são construídos e desenvolvidos durante os ensinamentos clínicos, implicando um enorme investimento por parte da academia na sua conceção, planificação e avaliação. Desta forma, mais do que aprendizagem, estes representam necessariamente um trabalho de conceptualização da prática.

Analisando criticamente os resultados podemos considerar que, apesar de alguns indicadores relacionados com a planificação e conhecimento dos objetivos do ensino clínico terem sido avaliados positivamente, um dos aspetos menos facilitadores para o desenvolvimento de competências foi o excessivo número de estudantes por supervisor, essencialmente na área

cirúrgica. Este fator pode ser promotor de insegurança para os supervisandos, uma vez que se sentem menos acompanhados durante a realização dos cuidados de enfermagem. Alguns autores corroboram que os estudantes experimentam diferentes fases de *stress* desde o seu momento de integração, até ao próprio processo de supervisão, no âmbito do ensino clínico (Rodrigues e Veiga 2006), o que pode influenciar a construção do conhecimento dos alunos em contexto de prática clínica. Desta apreciação depreende-se que os estudantes consideram importante a supervisão presencial e a observação da prática na prática, tal como referem Alarcão e Tavares (2007).

Contudo, também podemos inferir que a insegurança, tanto pode advir de um menor investimento de pesquisa teórica por parte dos estudantes como da necessidade de um maior aporte na leção de conteúdos programáticos no âmbito da área cirúrgica, fator este que foi apontado pelos estudantes. A este propósito e, embora Costa (1998) refira que a prática se aprenda na prática, outros autores contrapõem que o estudante para praticar, primeiro necessita de dominar a teoria uma vez que esta não convoca conhecimento abstrato aplicado à prática, mas antes uma teoria situacional que, em simultâneo, emerge da prática (Usher e Bryan 1992). Desta forma, os ensinamentos clínicos constituem, momentos importantes de aprendizagem e de desenvolvimento individual e profissional.

Para a melhor compreensão do processo superviso, e além dos contextos de prática clínica, os atores que neles circulam desempenham um papel preponderante no sucesso desta aprendizagem dinâmica (Galveias 2008). Por isso, os estudantes consideraram como relevantes a integração, a coordenação e a orientação do estágio pelo supervisor. Este surge, assim, como um facilitador no ensino e na aprendizagem, uma vez que a prática é geradora de teoria e os saberes são construídos a partir de uma prática reflexiva (Simões 2009).

Sá-Chaves (2009) enfatiza que o supervisor, além de ter como missão facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do outro, deve considerar as suas experiências passadas, sentimentos e perceções e a capacidade de auto-reflexão, não apresentando receitas, mas criando junto do supervisando um espírito de investigação-ação. Garrido (2009) sustenta que, para além das funções formativas/educativas do supervisor, este também possui a função normativa (supervisão e controlo da qualidade) e a restaurativa/encorajadora em que este apoia o supervisando na sua prática, considerando as suas necessidades emocionais.

Não é por acaso que Rogers (1985) salienta como determinante nesta relação, os princípios da personalidade, da consciencialização e da autoimplicação do formando, permitindo o seu desenvolvimento e a sua capacidade de tomada de decisões apropriadas.

Como já referimos, é fundamental o processo relacional que se desenvolve entre quem supervisiona e quem é supervisionado; sendo que ao supervisionado compete desenvolver uma leitura compreensiva da realidade, integrar-se progressivamente nas atividades, desenvolver competências e processos de autoavaliação e ao supervisor é esperado que facilite e incentive a leitura da realidade, promova a integração na vida profissional e desenvolva o processo de avaliação. Neste estudo, os estudantes esperam do supervisor uma disponibilidade de tempo para a avaliação das suas aprendizagens. Este processo acompanha-se de estratégias que visam, essencialmente, a recolha metódica de dados aferidos sobre os progressos das aprendizagens clínicas, com o objetivo de formular um juízo.

Pensamos que, para estes estudantes prestar cuidados de enfermagem num ambiente pouco conhecido é um desafio o que, por um lado pode ser um potencial de motivação, por outro, conscientes da sua situação de aprendizagem com consequente avaliação, também sentem que o ensino clínico lhes vai exigir uma responsabilidade para a qual não sabem se estão preparados e que as suas ações têm repercussões no bem-estar dos outros.

Conclusões

No geral, os estudantes fizeram uma apreciação positiva da organização e planeamento do ensino clínico, bem como do processo superviso, contudo identificaram como aspetos a melhorar, a preparação teórica prévia ao ensino clínico e a diminuição do rácio de estudante por supervisor.

Os resultados do estudo sugerem que se investigue outros ensinamentos clínicos de nível diferente e até de outras áreas de ensino clínico ministradas na ESSUA, podendo desocultar as fragilidades e os pontos mais fortes permitindo assim, um diagnóstico da formação em contexto clínico dos nossos estudantes e melhorar a qualidade dos mesmos. Salienta-se também a importância de avaliar a relação dialética existente entre as escolas promotoras de formação e as instituições de saúde onde se realizam os ensinamentos clínicos.

Este trabalho permitiu que avaliássemos, numa primeira instância, um ensino clínico sob a perspetiva dos estudantes os quais detêm o papel central no processo superviso. Contudo, é fundamental que todos os intervenientes em ensino clínico invistam na formação dos estudantes, reflexo de uma adequada preparação e organização dos ensinamentos clínicos, bem como, da relação de proximidade com as instituições de saúde.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a excelência em Saúde*. Coimbra: Formasau, 2003.
- ALARCÃO, I. e TAVARES, J. *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 1.ª ed. Lisboa: Edições 70, 1977.
- COSTA, M. A. *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século, 1998.
- ÉLVIO, J. *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Tese de Doutoramento]. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2006.
- FARIA, S. *Supervisão Clínica na Enfermagem no Caminho da Excelência dos Cuidados*, 2007 [consultado 1 maio 2013]. Disponível em: http://www.forumnfermagem.org/index2.php?optio=com_content&dopdf=
- FONSECA, M. *Supervisão em ensino clínico em enfermagem: Perspectiva do docente*. 1.ª ed. Coimbra: Indústria Gráfica, Lda., 2006.
- GALVEIAS, M. *Práticas pedagógicas: Cenário de formação profissional*, 2008 [consultado 1 maio 2013]. Disponível em: <http://www.eses.pt/interaccoes>.
- GARRIDO, A. *A Supervisão e as condicionantes organizacionais*, 2009 [consultado 6 junho 2012]. Disponível em: <http://ued.ipleiria.pt/moodle/>

GARRIDO, A., SIMÕES, J. e PIRES, R. *Supervisão clínica em enfermagem perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006.

QUINN, F. M. *The principles and practice of nurse education*. 2nd ed. London: Chapman and Hall, 1988.

RODRIGUES C. e VEIGA, F. *Stresse em estagiários de enfermagem e sua influência na relação de ajuda ao doente*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006.

ROGERS, R. *Tornar-se pessoa*. 7.ª ed. Lisboa: Moraes Editores, 1985.

SÁ-CHAVES, I. *A Construção de Conhecimento pela Análise Reflexiva da Praxis*. Lisboa: Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2002.

SCHÖN, D. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books, 1983.

SEVERINSSON, E. *Ethics in clinical nursing supervision-an introduction to the theory and practice of different supervision models*. London: Collegian, 1999.

USHER, R. e BRYAN, I. *La educación de adultos como teoría, práctica y investigación. El triangulo cautivo*. Madrid: Morata, 1992.

Supervisão clínica de enfermagem em contexto de cuidados no domicílio: avaliação da opinião dos cuidadores informais sobre o acompanhamento dos enfermeiros

João Filipe Simões¹; Cláudia Simões²; Ana Maria Fernandes³ & Ana Margarida Oliveira³

¹ Universidade de Aveiro - Escola Superior de Saúde, Professor adjunto.

² ACeS Baixo Vouga, UCC GREI, Enfermeira coordenadora.

³ ACeS Baixo Vouga, UCC GREI - ECCI; Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária.

Autor correspondente: João Simões (jflindo@ua.pt)

Resumo

O processo de supervisão que deve ser efetuado pelo enfermeiro às pessoas cuidadas em contexto domiciliário e seu(s) cuidador(es) informal(ais), implica ter conhecimento dos elementos intervenientes no processo, compreender as pessoas nos seus diferentes estádios de desenvolvimento, nas tarefas que têm de realizar e no clima afetivo onde o ato se desenrola. Neste contexto, encontramos-nos a desenvolver um estudo descritivo quantitativo com o propósito de avaliar as perspetivas dos cuidadores informais acerca da supervisão clínica de enfermagem que lhes é proporcionada pelos enfermeiros. O método de amostragem é não probabilístico por conveniência e intencional. Utilizam-se dois instrumentos de recolha de dados: um primeiro para preenchimento pelo enfermeiro (com colheita de dados relativos à pessoa cuidada, ao cuidador informal e aos cuidados de enfermagem prestados) e um segundo de autopreenchimento pelo cuidador informal para avaliação da satisfação com a supervisão. Os resultados do presente estudo, revelaram que as pessoas cuidadas em contexto domiciliário, são maioritariamente idosas, coabitam com o cuidador informal, têm associadas doenças crónicas incapacitantes, elevada dependência funcional e apresentam frequentemente úlceras por pressão. Os cuidadores informais são do género feminino, com um grau de parentesco próximo da pessoa cuidada e ajudam a pessoa totalmente no autocuidado. As intervenções dos enfermeiros centram-se nos cuidados às úlceras por pressão e nos ensinamentos necessários por conhecimento não demonstrado pelos cuidadores informais. Em relação à avaliação da supervisão de enfermagem pelos cuidadores informais, verificámos que as características “humanas e de relação” são as mais valorizadas nos enfermeiros, a área dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa cuidada mais valorizada foi a “prevenção de complicações da doença” e as áreas de acompanhamento aos cuidadores informais que foram mais valorizadas são “informá-lo/ensiná-lo sobre a doença e sua evolução” e “apoiá-lo/acompanhá-lo durante a situação de doença do seu familiar”.

Palavras-chave: Supervisão clínica; cuidador informal; enfermagem.

Abstract

The supervision process that must be done by nurses to people cared at home and their informal caregiver(s) includes having knowledge of the elements involved in the process; understanding people in their different stages of development, in tasks they have to perform and of the affective climate where the act takes place. In this context, we are developing a quantitative descriptive study in order to assess the prospects of informal caregivers about the clinical supervision of nursing provided to them by nurses. The sampling method is non probabilistic by convenience and intentional. Two instruments were used for data collection: the first filled by nurses (with data collection about the cared person, of the informal caregiver and of the nursing care) and a second self-administered by the informal caregiver for evaluation of satisfaction with supervision. The results of this study revealed that people cared for at home context are mostly older, live with the informal caregiver, have associated chronic disabling diseases, high functional dependence and often have pressure ulcers. The informal caregivers are female, with a degree of kinship close to the person cared and that totally helps the person on self-care. The nurses' interventions are focused on the care of pressure ulcers and in the teachings necessary for knowledge not demonstrated by the informal caregivers. Regarding the assessment of nursing supervision by informal caregivers, the study demonstrated that the "human and relationship" features are the most valued in nurses and the area of nursing care provided most valued by the patient was the "prevention of complications of the disease" and that the monitoring areas for informal caregivers that were most valued were "inform you/teach you about the disease and its evolution" and "support you/accompany you during your family illness situation".

Keywords: Clinical supervision; informal caregiver; nursing.

Enquadramento teórico do tema e finalidade da comunicação

Atualmente o envelhecimento é considerado o fenómeno social mais marcante do século XXI. Verifica-se em Portugal alterações demográficas significativas sobretudo devido ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de natalidade, traduzindo-se assim numa população cada vez mais idosa com conseqüente acréscimo de situações de dependência criando assim novas necessidades em saúde (Dídia et al. 2010).

Perante esta realidade emerge como prioridade o cuidado informal à pessoa idosa dependente. "O cuidado informal sobrevém da prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de família, amigos, vizinhos ou outro grupo de pessoas, não remunerados economicamente pelos cuidados que prestam, assumindo assim o papel de cuidador informal" (Dídia et al. 2010). O cuidado informal constitui a forma dominante de cuidado em todo o mundo, apesar dos desenvolvimentos observados nos serviços de prestação de cuidados de longa duração, nas entidades privadas e organizações não governamentais (Carretero-Gómez et al. 2006).

O assumir do papel de cuidador tem repercussões ao nível da vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores informais, tornando-os mais vulneráveis a conflitos. Com frequência entram em crise, apresentando sintomas como: tensão, fadiga, *stresse*, constrangimento, frustração, redução do convívio, depressão, redução da auto-estima, entre outros. Esta tensão ou sobrecarga pode dar origem a problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros,

que interferem com o bem-estar do doente e cuidador (Martins, Ribeiro e Garrett 2003). O cuidador informal enfrenta constantemente situações novas de sobrecarga física, psicológica e social, capazes de desencadear mudanças ao nível da qualidade de vida (Garre-Olmo et al. 2000).

No entanto, a prestação de cuidados a pessoas dependentes não é apenas uma experiência desgastante, visto que representa para os cuidadores informais uma mais valia identificar a dimensão positiva do cuidar, pois, a relação é assim fortalecida quando há um sentimento de gratificação (Dídia et al. 2010). Todos os cuidadores necessitam de informação, educação, encorajamento e suporte, assim os enfermeiros ganham uma posição privilegiada para compensar as necessidades dos cuidadores. A este propósito, Dídia et al. (2010) refere que, cuidar de quem cuida é uma responsabilidade que deverá ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, devendo ser a sua intervenção centrada no equilíbrio da dinâmica cuidador/idoso.

O bem-estar dos cuidadores informais e a sua promoção, assim como a prevenção de situações extremas, requer por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, uma vez que deles dependem os doentes de que cuidam e a sua permanência na comunidade. Neste sentido, torna-se fundamental a supervisão que deve ser efetuada pelo enfermeiro às pessoas cuidadas em contexto domiciliário e seu(s) cuidador(es) informal(ais).

Este processo de acompanhamento implica ter conhecimento dos elementos intervenientes no processo, compreender as pessoas nos seus diferentes estádios de desenvolvimento, nas tarefas que têm de realizar e no clima afetivo onde o ato se desenrola. Pressupõe portanto, uma relação próxima de modo a dar segurança e criar um clima de confiança propício à abertura do outro. Para que este processo mediador, de ajuda e acompanhamento capaz de promover e potenciar os fenómenos de organização e reflexão seja eficaz torna-se necessário que os supervisores utilizem diversas estratégias de supervisão no estabelecimento do acompanhamento da pessoa.

É na confluência entre estas duas realidades que surge a necessidade do estabelecimento de uma relação supervisaiva com os cuidadores informais, e assim a necessidade constante de recolher subsídios que nos permitam avaliar a perspetiva destes em relação ao acompanhamento que lhes é realizado.

Face a estas considerações é propósito desta comunicação divulgar os resultados preliminares do estudo que estamos a desenvolver e que pretende avaliar as perspetivas dos cuidadores informais acerca da supervisão clínica de enfermagem que lhes é proporcionada pelos enfermeiros e identificar fatores que se associam com a satisfação com a supervisão clínica de enfermagem e as características da pessoa cuidada e dos cuidadores informais e os cuidados que são prestados pelos enfermeiros.

Metodologia

Desenvolvemos um estudo exploratório e descritivo, com recurso a metodologia quantitativa, através da recolha de dados que nos permitiram caracterizar as pessoas cuidadas e seus cuidadores informais, e a opinião destes últimos em relação à supervisão proporcionada pelos enfermeiros.

A população é constituída pelos cuidadores informais das pessoas cuidadas por uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da região Centro de Portugal. Entendendo-se por cuidador informal a pessoa, familiar ou amiga, não remunerada que se assume como principal responsável pela assistência e prestação de cuidados (Braithwaite 2000).

Na impossibilidade de estudar a população e tendo em conta a natureza dos fenómenos em estudo, a amostra foi selecionada entre os utentes que se enquadrem dentro dos critérios de inclusão definidos, sendo o método de amostragem não probabilístico por conveniência e intencional.

Critérios de inclusão: Ser o principal responsável pelo bem-estar, prestação de cuidados e ajuda no autocuidado à pessoa cuidada; Contacto prévio, enquanto cuidador informal com a pessoa alvo dos cuidados nas últimas duas semanas; Existência de uma relação de parentesco ou relação afetiva anterior entre o cuidador informal e a pessoa cuidada.

Critérios de exclusão: Casos em que a pessoa cuidada, à data da recolha de dados, esteja internada num hospital, lar ou residência para idosos, mesmo que temporariamente.

Todos os cuidadores informais e pessoas cuidadas (em caso de impossibilidade, foi o cuidador informal a autorizar a recolha de dados) autorizaram a participação no estudo, através do consentimento livre e esclarecido.

No presente estudo utilizam-se dois instrumentos de recolha de dados: um primeiro para preenchimento pelo enfermeiro da ECCI e um segundo de autopreenchimento pelo cuidador informal.

O instrumento de colheita de dados para preenchimento pelo enfermeiro inclui informação proveniente da própria pessoa cuidada, cuidador informal e equipa multiprofissional da ECCI. O instrumento de colheita de dados de autopreenchimento pelo cuidador informal visa a avaliação da opinião deste acerca da supervisão de enfermagem que lhe é proporcionada pelos enfermeiros da ECCI, sendo constituído por questões de resposta rápida e simples derivado das características habituais dos cuidadores informais apoiados por esta equipa e que foram baseadas nos resultados do estudo de Pereira (2007).

Os dados foram analisados usando o programa estatístico SPSS (versão 19.0). Estatísticas descritivas foram calculadas para a caracterização da amostra, bem como para descrever as medidas de resultado.

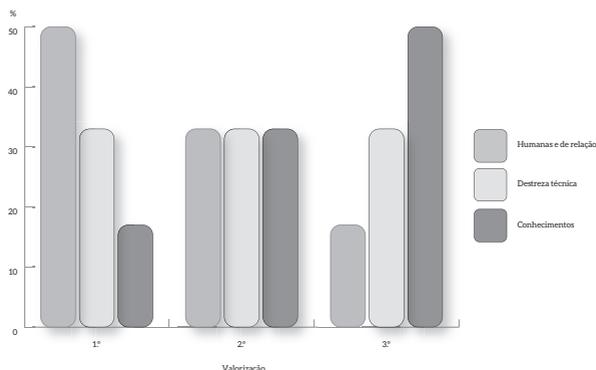
Análise dos resultados

As pessoas cuidadas apresentam uma média de idades de 87,4 anos, maioritariamente são do género feminino, de residência rural e a maioria coabita com o cuidador informal. A maioria (80,0%) tem alteração da consciência, apresentam uma grande dependência, possuem uma reduzida autonomia instrumental, um risco elevado de queda e de úlcera de pressão e a região mais frequente de úlcera por pressão é o calcâneo.

Quanto aos cuidadores informais, são na totalidade do género feminino, com uma média de idades de 55,8 anos, com baixa escolaridade, estando na maioria desempregados ou reformados e têm um grau de parentesco próximo com a pessoa cuidada. Possuem uma média de 5,26

anos enquanto cuidadores informais e a maioria partilha o papel de prestador de cuidados. O tipo de ajuda necessária em todos os casos é total para o autocuidado.

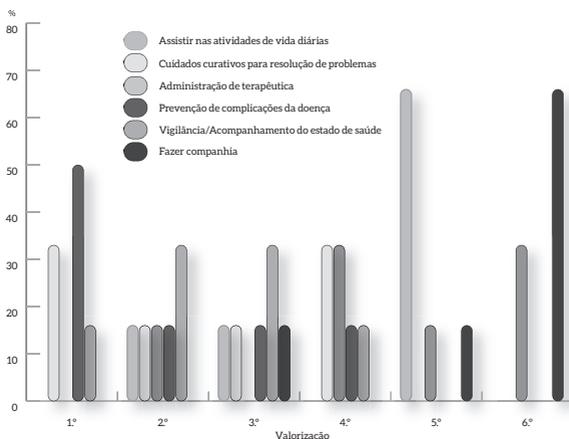
Figura 1 – Caraterísticas dos enfermeiros mais valorizadas pelo cuidador informal



As intervenções do enfermeiro, são maioritariamente relacionadas com a presença de úlceras por pressão e com o conhecimento do prestador de cuidados não demonstrado.

Em relação à avaliação da supervisão de enfermagem pelos cuidadores informais, verificamos que as caraterísticas mais valorizadas pelos cuidadores informais nos enfermeiros que cuidam da pessoa significativa são as humanas e de relação, tendo 50 % dos participantes eleito esta em primeiro lugar (ver Figura 1). Quanto à caraterística menos valorizada foram os conhecimentos, tendo sido valorizada em terceiro lugar igualmente por metade dos participantes.

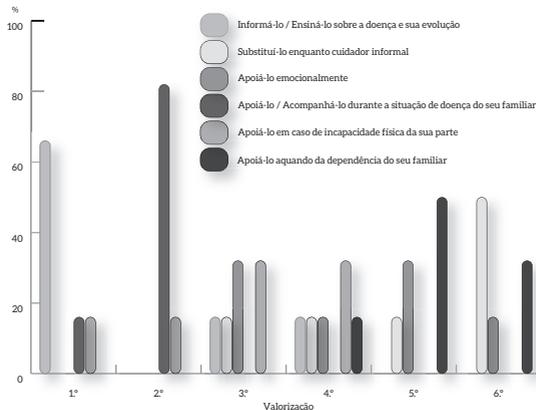
Figura 2 – Áreas dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa cuidada mais valorizadas pelo cuidador informal



Relativamente às áreas dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa cuidada, metade dos cuidadores informais valorizaram em primeiro lugar a “prevenção de complicações da doença”, e por isso foi a área mais valorizada (ver Figura 2). A área menos valorizada foi a “fazer companhia” tendo sido valorizada em 6.º lugar por 66,7 % dos participantes.

As áreas de acompanhamento aos cuidadores informais que foram mais valorizadas pelos participantes foram “informá-lo/ensiná-lo sobre a doença e sua evolução”, escolhida em primeiro lugar por 66,7% dos cuidadores informais e “apoiá-lo/acompanhá-lo durante a situação de doença do seu familiar” escolhida em segundo lugar por 83,3 % (ver Figura 3). Em relação à área de acompanhamento menos valorizada foi “substituí-lo enquanto cuidador informal” valorizada em 6.º lugar por metade dos participantes.

Figura 3 – Áreas de acompanhamento dos enfermeiros aos cuidadores informais mais valorizadas pelo cuidador informal



Quando questionados sobre o nível de satisfação com os cuidados que são prestados pelos enfermeiros à pessoa cuidada e com o acompanhamento que lhe é feito pelos enfermeiros, os cuidadores informais são unânimes em atribuir a classificação máxima (10 pontos numa escala de 1 a 10) em ambos os casos.

Discussão dos resultados

Relativamente à idade da pessoa cuidada, o estudo realizado por Figueiredo (2012), demonstra que 56,1% da população em estudo tinha idade superior ou igual a 65 anos, dados apoiados pelos estudos de Rodriguez, Alvarez e Cortés (2001), o que está de acordo com o nosso estudo, embora a nossa percentagem de pessoas idosas seja superior. Nesse estudo, a percentagem de cuidadores com idade superior aos 65 anos era de 43,9%, ou seja eram maioritariamente idosos, resultado demonstrado por outros estudos (Martins, Ribeiro e Garrete 2003; Santos 2005; Marques 2007). Estes resultados são diferentes dos encontrados no nosso estudo, pois os cuidadores informais tinham uma média de idades inferior.

A prestação de cuidados ao longo do ciclo vital cabe culturalmente à mulher, sendo da sua responsabilidade o cuidar, o que se verificou no nosso estudo, com a totalidade dos cuidadores informais do género feminino. Este resultado é comum à maioria dos estudos realizados em que, a maioria dos cuidadores informais são do género feminino (Figueiredo 2012; Monteiro 2010; Brito 2002; Martins et al. 2004). Socialmente às mulheres atribui-se o papel de cuidar dos seus familiares fazendo com que estas se sintam cansadas e com pouco tempo livre, entrando assim em conflito com a preservação dos seus interesses (Figueiredo 2012).

Parafraseando Figueiredo (2012) que citou os estudos realizados por Brito, Rodríguez, Álvarez e Cortés (2001); Martins, Ribeiro e Garrett (2003); Carretero et al. (2006), quanto às habilitações literárias os cuidadores informais são na sua maioria de baixa literacia, o que também se verificou no nosso estudo.

No que diz respeito à situação laboral, verificou-se a existência de um predomínio de cuidadores inactivos e uma outra parte reformados o que está de acordo com outros estudos (Figueiredo 2012; Rodríguez, Álvarez e Cortés 2001; Martins, Ribeiro e Garrett 2003; Carretero et al. 2006).

Quanto ao grau de parentesco, verifica-se o predomínio dos cônjuges, seguido da predominância dos filhos e por último outros graus de parentesco tais como: irmãos, genros/noras, sobrinhos e mãe (Santos 2004; Carretero et al. 2006), o que aconteceu no nosso estudo, pois todos os cuidadores informais tinham um grau de parentesco próximo da pessoa cuidada.

No que diz respeito ao tipo de apoio, Figueiredo (2012) constatou no seu estudo que 69,1% dos cuidadores informais têm algum tipo de apoio, em que 29,5% tem apoio familiar, 23,7% tem apoio domiciliário e 15,8% tem apoio do centro de dia. Este apoio, é na sua maioria informal, ou seja provém de familiares, amigos e vizinhos, facto constatado em vários estudos (Rodríguez, Alvarez e Cortés 2001; Carretero et al. 2006) e que está de acordo com os achados no nosso estudo.

Relativamente à avaliação da supervisão de enfermagem pelos cuidadores informais, verificámos que as características “humanas e de relação” são as mais valorizadas nos enfermeiros. A essência da profissão de Enfermagem reside na relação humana, sendo incontestável para o profissional deter não apenas conhecimentos, mas sobretudo atitudes, valores que transporta consigo, pois dificilmente se consegue separar o eu pessoal do eu profissional (Garrido, Simões e Pires 2008).

Numa relação supervisiva, a interação é o pilar de toda e qualquer relação cíclica entre o Eu e o Outro, na mira do conhecimento, da aprendizagem e da autonomia. Urge, por isso, promover todos e cada um, sem tensões e com disponibilidade, flexibilidade, confiança e abertura. A vontade intrínseca de refletir sobre a prática, de desfrutar do conhecimento que resulta do diálogo com as situações e a sua ecologia, é o ponto de partida para uma supervisão co-responsabilizada e para uma efetiva auto implicação ativa do supervisando. Este co-constrói-se, co-forma-se, co-avalia-se e co-autonomiza-se no seio de relações de afetividade, detentoras e reguladoras de princípios éticos.

Quanto à área dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa cuidada, mais valorizada, foi a “prevenção de complicações da doença” e as áreas de acompanhamento aos cuidadores informais que foram mais valorizadas são “informá-lo/ensiná-lo sobre a doença e sua evolução”

e “apoiá-lo/acompanhá-lo durante a situação de doença do seu familiar”. Aos profissionais de Enfermagem não só é exigido um tradicional conjunto de saberes e de competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos. O percurso no processo de supervisão é dinâmico, evolutivo e construtivo. Hoje, não pode ser concebido sem a noção de contínuo, sem uma reflexão no sentido do desenvolvimento pessoal e profissional que o supervisor deve proporcionar ao supervisando que acompanha, neste caso do cuidador informal.

Entendida como um processo revestido de princípios de práticas reflexivas, a supervisão deve permitir ao supervisando alcançar, sustentar e desenvolver criativamente uma alta qualidade de competências, para o que lhe devem ser facultados meios de apoio e acompanhamento adequado. Neste sentido, compreende-se porque os cuidadores informais valorizam em grande medida, a capacidade dos enfermeiros no seu acompanhamento.

Conclusões

No âmbito da dimensão clínica cresce a complexidade dos cuidados e as pressões sociais no sentido da qualidade e da excelência. Aos profissionais não só é exigido um tradicional conjunto de saberes e de competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos. Solicita-se a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e de trabalhar os fundamentos da mesma, tornando-os mais sólidos e consistentes, solicita-se a abertura para a aprendizagem ao longo da vida e a motivação para a auto-avaliação.

Assim, é fundamental que hoje seja solicitado ao enfermeiro que tenha consciência da importância do seu papel como indivíduo numa instituição de saúde, no fundo sobre a qualidade das suas acções e responsabilidade, e na articulação que deve ter com a comunidade. Essa relação deverá ser facilitada pelas experiências, pelas atitudes, pelas habilidades e características pessoais como a inteligência emocional, as preocupações éticas ou o pensamento relacional, e, simultaneamente estimular para que o cuidador informal desenvolva a sua dimensão do cuidar. A supervisão ganha aqui toda a sua importância, como elo de ligação para a melhoria dos cuidados oferecidos às pessoas, mas também como ferramenta de actualização e investigação na área dos cuidados de saúde.

Referências bibliográficas

- ALARCÃO, I e TAVARES, J. *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2.ª ed. Coimbra: Livraria Almedina, 2010.
- ANDRADE, F. *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, 2009.
- BRAITHWAITE, V. Contextual or general stress outcomes: making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist*. 2000, 40, 706-717.
- CARRETERO, G. et al. *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: TirantLoBlanch, 2006.
- CERQUEIRA, M. M. *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau, 2005.
- COTTRELL, S. *Introduction to clinical supervision*, 2012 [Consultado 6 maio 2012]. Disponível em: <http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm>

- CRUZ, D. et al. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010, III Série, 2, 127-136.
- EKWALL, A., SIVBERG, B. e HALLBERG, I. Older Caregivers, coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, 57(6), 584-596.
- ESCUADERO, R. B., DÍAZ-ÁLVAREZ, E. e PASCUAL, O. Cuidadores Informales: necesidades y ayudas. *Revista Rol de Enfermería*. 2001, 24(3), 23-29.
- FERNANDES, M.C. et al. Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. *Sinais Vitais*. 2002, 43, 31-35.
- FERREIRA, S. M. M. *Papel dos cuidadores informais ao idoso com doença de Alzheimer*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, 2008.
- FIGUEIREDO, C. G. *Sobrecarga Física, Emocional e Social dos Cuidadores informais/familiares*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, 2012.
- GARRE-OLMO, J. et al. Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurologia*. 2000, 31(6), 522-527.
- GARRIDO, A., SIMÕES, J. e PIRES, R. *Supervisão clínica em enfermagem: Perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.
- GLICKMAN, C. D. *Supervision of instruction: a developmental approach*. Boston: Allynand Bacon, 1985.
- GRELHA, P. A. S. S. *Qualidade vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2009.
- MARQUES, S. C. L. *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau, 2007.
- MARTINS, T., PAIS-RIBEIRO, J. e GARETTE, C. Estudo de avaliação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2003, 4(1), 131-148.
- MELO, A. *Dificuldades sentidas pelo cuidador de um doente com Alzheimer: Revisão bibliográfica*. Porto: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, 2010.
- PALMA, E. M. C. *Enfermagem Agora - A família com idosos dependentes: Que expectativas?* *Enfermagem*. 1999, 2ª série, 15, 27-40.
- PEREIRA, M. F. C. *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: Sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2007.
- PEREIRA, M. J. e Filgueiras, M. S. A dependência no processo de envelhecimento: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista APS*. 2009, 12(1), 7282.
- SANTOS, A. T. *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem estar dos doentes e familiares cuidadores*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2004.
- SANTOS, P. A. *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 2005.
- SCHULZ, R. et al. Psychiatric and physical morbidity effect of dementia caregiving: Prevalence, correlates and causes. *The Gerontologist*. 1995, 35, 771-91.

A formação de supervisores para a prática tutelada: contributos programáticos

Custódio Soares

Hospital José Luciano de Castro - Anadia, Enfermeiro.

Autor correspondente: **Custódio Soares** (sergiocsoares@net.sapo.pt)

Resumo

A Supervisão Clínica em Enfermagem emerge nas unidades de saúde, numa forma sistemática de desenvolvimento pessoal e profissional. Estratégias supervisivas e relação com os pares são componentes estruturantes do processo. A Supervisão Clínica em Enfermagem, na perspetiva de Abreu (2003) é um trabalho formal de acompanhamento por parte de um enfermeiro, para situações de desenvolvimento profissional que visam a qualidade e segurança em matéria de assistência através de um conjunto específico de estratégias. Foram designados os seguintes objetivos: identificar competências exigidas aos supervisores/tutores, determinar as temáticas de um programa de formação, conhecer as atividades pedagógicas e didáticas para a formação de adultos e identificar aspetos da avaliação do supervisor. Esta pesquisa, inserida num paradigma interpretativo, associada a Estudo de Caso, contou com enfermeiros chamados à orientação de pares e de estudantes em estágio, que frequentaram cursos de supervisão clínica. Os dados foram colhidos por questionário, documento de avaliação do curso e reflexão final. Caracterizaram-se os supervisores através da análise descritiva. Recorre-se à análise de conteúdo para os discursos produzidos nos vários documentos. Os resultados apontam a complexidade do processo supervisivo, apesar da sua importância no acompanhamento dos pares. O modelo de formação deverá assentar na perspetiva de formação de adultos com a orientação para o cuidar onde se valorize as estratégias reflexivas de interação e a dimensão humana dos intervenientes. Sugere-se que o programa contenha áreas sobre: a construção e desenvolvimento de competências de enfermagem; abordagem à Supervisão Clínica em Enfermagem e estratégias supervisivas (reflexão, observação, comunicação, avaliação). O estudo sugere que os supervisores tenham adequada formação sobre instrumentos pedagógicos para o seu êxito como atores estratégicos no processo de supervisivo no desenvolvimento de competências em contexto de práticas. O reflexo no valor da profissão é determinado pelo processo supervisivo e sua monitorização para uma prática de qualidade.

Palavras-chave: Formação; modelo de desenvolvimento profissional; supervisão.

Abstract

Nursing Clinical Supervision emerges in Health Units as a systematic form of personal and professional development. Supervision strategies and peers relationships are structured components of the process. Nursing Clinical Supervision, in the perspective of Maia and Abreu (2003) is a formal work of nurses' orientation for situations of professional development that aim at the quality and security of assistance through a specific set of strategies. The following objectives had been assigned: to identify demanded abilities to tutors and supervisors, to determine the themes of an educational program, to know the pedagogical and didactic activities for the adults' education and to identify aspects for supervisors' evaluation. This research, inserted in an interpretative paradigm, in a case study, had the collaboration of nurses orienting peers and students in clinical practice, attending clinical supervision courses. The data had been collected by questionnaire, courses' documental assessment and final reflection. Supervisors were characterized through descriptive analysis. Content analysis was made in documents produced. Results show the complexity of the supervisory process, despite its importance in the monitoring of peers. The training model should be based on the perspective of adult education with guidance for caring where it enhances the reflexive interaction strategies and the human dimension of stakeholders. It is suggested that the program contains areas of: construction and development of nursing skills; Approach to Clinical Supervision in Nursing and supervision strategies (reflection, observation, communication, evaluation). The study suggests that supervisors have adequate training on pedagogical instruments for their success as a strategic player in supervision process and in skills development in clinical contexts. The reflection on profession value is determined by the supervisory process and its monitoring for quality practice.

Keywords: Education; professional development model; supervision.

Introdução

Este trabalho visa responder a algumas preocupações sobre a formação de profissionais enfermeiros que desenvolvem atividades de orientação de pares e estudantes no âmbito do desenvolvimento das suas competências para o exercício da profissão e ainda o previsto pelos referenciais da Ordem dos Enfermeiros. A sua premência prende-se com uma pesquisa alargada onde se pretende desenvolver conhecimento sobre um conjunto de inquietações na área do desenvolvimento da enfermagem, nomeadamente sobre a formação de supervisores e a sua intervenção supervisiiva.

Revisitaram-se alguns conceitos sobre a formação e desenvolvimento de competências em contexto de trabalho numa perspetiva construtivista e vigotsiana da formação como nos expõe Abreu (2008, p. 224): "Os contributos de Vygotsky, Kolb e Brofenbrenner para a compreensão da aprendizagem em contexto clínico fazem emergir dois conceitos fundamentais para a didáctica da formação: estratégias de aprendizagem e dinâmicas adaptativas".

A perspetiva fenomenológica emerge na necessidade de *interpretar* e *compreender*. Neste sentido desenvolveu-se a investigação em torno de uma metodologia sustentada no "estudo de caso" com as vivências de enfermeiros (durante o seu período formativo) que realizaram uma formação para o acompanhamento de estudantes em ensino clínico e dos seus pares.

Apesar de distintas áreas de desenvolvimento pessoal e profissional, encontrámos eixos formativos de proximidade em ambas as situações.

Uma rigorosa compreensão da formação de supervisores e da sua envolvimento no desenvolvimento pessoal e profissional dos seus pares é basilar para o êxito do Modelo de Desenvolvimento Profissional indicado pela Ordem dos Enfermeiros. Através de uma proposta de formação sustentada, como recurso estruturante, é possível melhorar o desempenho destes profissionais, em particular na sua responsabilidade na formação de enfermeiros que estão, em prática tutelada, a realizar processos de transição para o papel de cuidador e construindo a sua identidade. A avaliação deste desempenho é passível de contribuir para uma melhoria contínua desta atividade profissional agora emergente.

Metodologia

A noção de que nenhuma teoria consegue, por si só, compreender o modelo de formação, ou seja, de que mesmo havendo uma base teórica sobre a qual se constrói o modelo de análise, foi fundamental na opção metodológica. Para acentuar as evidências científicas chegou-se à conclusão que a investigação teve de recorrer a uma perspetiva construtivista e fenomenológica. O acionar de uma metodologia predominantemente qualitativa suporta, em nossa opinião, uma legítima abordagem a *estudo de caso*. A definição do objeto de análise passou por uma visão completa da formação do supervisor para o desenvolvimento da prática tutelada, considerando uma multiplicidade de dimensões que tornam complexa esta assunção. Contudo, o objeto de análise tinha circunscritas algumas questões: as competências dum profissional reflexivo; temáticas dum programa de formação; atividades pedagógicas e didáticas; estratégias supervisivas e formato de avaliação do supervisor.

Recorremos a 26 enfermeiros, de um total de 51, que participaram num programa de formação em Supervisão Clínica em Enfermagem, de 40 horas, numa escola superior de enfermagem em 2011 e princípio de 2012. Durante este curso, os formandos analisaram vários documentos de trabalho e expressaram as suas opiniões que foram motivo para nossa análise. No final deste momento formativo, por imposição da avaliação dos seus desenvolvimentos, foi-lhes solicitada uma reflexão individual sobre uma temática abordada. Também por interferência legal avaliaram o curso segundo as normas dos programas de formação contínua da instituição. Estes documentos foram posteriormente estudados com recurso à análise de conteúdo. Para uma caracterização mais eficaz destes atores pediu-se-lhes também o preenchimento de um questionário. Os assuntos relacionados com o consentimento informado, o anonimato, a confidencialidade, a relação entre pesquisador e informantes foram sublinhados no decorrer da nossa pesquisa (Gray 2004).

As diferentes reflexões

Os achados foram apontando para uma investigação sobre práticas de formação como elementos potencializadores para uma cultura profissional. Os atores solidificaram esta ideia ao referirem a sua caracterização para o estudo. Maioritariamente são do sexo feminino (19 elementos) e com idades compreendidas entre os 28 a 42 anos. 70% dos formandos têm formação especializada em diferentes áreas da enfermagem (médico-cirúrgica, saúde materna e obstétrica, saúde infantil e pediatria, reabilitação e saúde comunitária). Deles, 10 detêm curso

de formação de formadores (dos quais 6 têm uma especialização). Trabalham em diferentes serviços hospitalares (urgência, medicina, pediatria, obstetrícia e oncologia) e em distintas unidades de saúde na área dos cuidados primários (USF's, Centro de Saúde e UCSP's). Todos exercem a profissão há mais de quatro anos e apenas oito diversificaram o seu local de trabalho durante a sua vida profissional. As suas escolas de formação inicial são várias (maioritariamente de Coimbra, São João, Ana Guedes, Cruz Vermelha de Oliveira de Azeméis e St. Maria). Todos são chamados, com frequência, ao acompanhamento e orientação de estudantes em ensino clínico (nas licenciaturas e nos cursos de especialidade), assim como lhes é solicitada a participação na integração de novos profissionais (alguns apontam para este desiderato como relevo dos programas de acreditação hospitalar dos seus locais de trabalho). Questionados sobre o motivo que os levou a realizar a formação sobre Supervisão Clínica em Enfermagem aludiram: o desconhecimento deste tema, apesar de estar no discurso diário dos enfermeiros, assim como alguns dos contornos do Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros; a importância do assunto na sua prática diária, quer para os estudantes quer para os pares; a necessidade da mesma formação para ir ao encontro do solicitado pela Ordem dos Enfermeiros no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional e competências dos candidatos a supervisores para a prática tutelada; as dificuldades sentidas no acompanhamento dos estudantes com falta da sistematização e planeamento das suas atividades para irem ao encontro das exigências dos guias de orientação de estágios; o desconhecimento do terreno das estratégias supervisivas e de metodologias pedagógicas e didáticas para o desenvolvimento da sua atividade enquanto formadores de pares e estudantes (com elevado realce nas grelhas de avaliação).

As histórias contadas na primeira pessoa tiveram a riqueza da subjetividade mas que moraram em muitos outros autores que têm vindo a contribuir para o desenvolvimento da supervisão (pedagógica e clínica) em enfermagem (Santiago, Alarcão e Oliveira 1997; Abreu 2007). Maioritariamente referem-se a acontecimentos de participação em processos de desenvolvimento de competências com estudantes. No entanto, casos há em que se evidenciou a natureza particular da supervisão no acompanhamento do outro enquanto profissional em desenvolvimento.

Nestes discursos narrativos escritos, produzidos no final do curso, que se denominou "Trabalho Pensar é Agir", para além de referirem que este curso desocultou, em larga medida, as dificuldades iniciais, contribuiu ainda para a sistematização do processo supervisivo a que são frequentemente chamados na vertente de formação em contexto de trabalho, retirando-lhe assim parte da sua complexidade. Sublinharam que a formação dos supervisores deve contemplar a análise de alguns dos documentos pedagógicos e didáticos que são comumente trabalhados com os estudantes e que podem colaborar na formação dos supervisores como sejam: as práticas reflexivas, relatórios e portefólios. Em muitas das linhas escritas por estes formandos encontra-se a referência à mudança de paradigma de formação dos enfermeiros e a construção de um curriculum pós-moderno tendo por base a formação em alternância. Relatam que:

Hoje, a forma como os alunos e profissionais se vão desenvolvendo em torno das suas competências é diametralmente oposta a um passado de ensino e formação em massa a que estivemos sujeitos. Quer a teoria que suporta as práticas formativas, quer as ne-

cessidades de formação, coabitam com modelos onde a ênfase reside na auto-implicação de cada um, na necessidade de alguém para orientar e capacitar e, no princípio de que a construção do conhecimento é um processo de constante transformação. (N-19).

A participação das escolas neste processo também foi motivo de relato. Para estes atores as escolas devem assumir o papel formativo. Mas, para evitar ser “mais um curso de formação” deverão ter em consideração os adquiridos dos candidatos a supervisores, no que se refere à sua formação e experiência no terreno como polo dinamizador.

Na avaliação do curso, com preenchimento de um documento tipo questionário, evidenciaram o efeito de um discurso de novidade mas que, em termos práticos, já é pré-existente nas suas realidades. Sublinham que esta formação poderia fazer parte da formação de especialidade já que são os especialistas, ou detentores de uma especialidade, que são frequentemente chamados pelos enfermeiros chefes ou responsáveis, para este desígnio. Apesar de haver uma componente teórica forte, consideram-na essencial para que se possam situar num novo paradigma de formação. Quanto ao material didático disponibilizado, artigos científicos, partes de teses de mestrado e doutoramento, referenciais da Ordem dos Enfermeiros e documentos de algumas escolas (guias de estágio e modelos de avaliação), trouxeram a possibilidade de atualização que consideram fundamental para quem deseja abraçar o papel de ‘supervisor’, seja no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional, seja na área de orientação de estudantes. O facto de poderem trazer à discussão muitas das suas vivências como ‘supervisores’, contribuiu também para tornar a formação mais real e mais próxima das suas verdadeiras necessidades de aprendizagens através da partilha de um largo número de casos particulares. Finalmente descreveram a necessidade do responsável pela formação ser alguém detentor de um conhecimento alargado, sustentado não só na componente teórica como também na experiência do terreno.

O programa de formação de supervisores

A recursividade entre o trabalho e a formação faz apelo a uma lógica interativa de construção de saberes e de mobilização destes saberes na prática: o espaço de trabalho confunde-se com o espaço de formação (Abreu 2001). Dadas as suas dimensões interventivas, as instituições de saúde constituem-se como locais privilegiados de prática. Do ponto de vista de quem se desenvolve pessoal e profissionalmente, é nelas que estão as situações de aprendizagem e de percursos de transição (Abreu 2007). A idoneidade formativa dos contextos de prática clínica assenta num referencial de condições internas das organizações de saúde que proporciona adequado desenvolvimento profissional para aqueles que se encontrem em Prática Tutelada em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros 2010).

Para além destas condições, acreditamos que a prática tutelada numa unidade de saúde deve ter na sua base processual uma rede de estratégias pedagógicas e didáticas consubstanciadas num desenho esquemático de formação do supervisor, para que aconteça dentro dos atuais parâmetros de qualidade, reforçando-se a vertente legal com a sua formalização e realçando a complementaridade entre a teoria e a prática (Stockhausen 1994; Abreu 2007; Ordem dos Enfermeiros 2010).

Este processo vai visar, de forma contínua, a autonomização do supervisionado através de um programa de ação colocado em prática pelo supervisor, num modelo matricado no construtivismo ecológico de formação de adultos. Para tal, as propostas de programa a surgir seguem um caminho de mudança de paradigma e argumentos da aprendizagem de adultos onde a alternância formativa é favorecida. É também previsível alocar a este programa formativo o caminho para a construção de um currículo pós-moderno onde esteja previsto o desenvolvimento pessoal e profissional (Santiago, Alarcão e Oliveira 1997).

Apesar de se notar ainda que a Supervisão Clínica em Enfermagem passa por um discurso de novidade, já faz parte das nossas realidades referenciais. O futuro supervisor deverá ter conhecimento sobre a perspetiva sociohistórica da supervisão, os modelos subjacentes, o processo supervisiivo e as estratégias supervisiivas que farão do supervisor:

In order to react effectively, a supervisor must: (1) have certain goals and plans; (2) be a good communicator; (3) have the knowledge and relevant skills about the candidate's area of interest; (4) be able to establish a good and professional relationship; and (5) be flexible in supervision strategies depending on the individual requirements (Van Ooijen 2000, p. 56).

Apesar de não ter sido reconhecido que o programa deveria prever um conjunto de áreas para a formação de supervisores para a prática tutelada, emerge do discurso investigativo uma proposta de matriz de formação que poderá concordar com as seguintes áreas:

- A construção do conhecimento pessoal e profissional dos enfermeiros;
- Um *currículum* pós-moderno;
- Paradigmas de formação e teorias de aprendizagem;
- Princípios de formação: a formação em alternância;
- Supervisão Clínica em Enfermagem: visão sociohistórica; processo de supervisão; supervisão em pares e qualidade; supervisão em ensino clínico/prática tutelada;
- O recurso a estratégias supervisiivas: a prática reflexiva; da observação clínica à observação pedagógica; da comunicação clínica à comunicação pedagógica; instrumentos de avaliação/Instrumentos pedagógicos; as grelhas de observação; a avaliação dos desempenhos; o portefólio;
- A avaliação do supervisor: *critical friend*; técnica de espelhamento; a auto avaliação.

Notas finais

Dado o carácter, já referido, de intervenção crítica da nossa pesquisa, tivemos como finalidades o identificar os diferentes elementos pedagógicos e didáticos a utilizar pelos supervisores e contribuir para a conceção de uma matriz programática para a formação destes atores levando a um processo sistematizado e sustentado de supervisão para a Prática Tutelada em Enfermagem.

Parece-nos que a pertinência deste estudo faz-se presente com um conjunto de achados: estudos atuais, perspetiva dos intervenientes, natureza complexa dos contextos de prática, modalidades de orientação e a unicidade da figura do supervisor.

O processo de construção de saberes e de uma identidade em contexto de formação não é simples nem facilmente explicável porque, enquanto processo dinâmico e de alguma forma longitudinal está relacionado com a pessoa em formação, o contexto de formação, o processo individual e os ritmos de desenvolvimento pessoal.

Este estudo sugere ainda que outras pesquisas surjam no âmbito da avaliação do desempenho do supervisor. Tendo sido um dado a investigar, pela sua subjetividade e dificuldade em encontrar resultados de massa crítica nesta área, ficaram apenas alguns comentários que aludem à capacidade, que este profissional da formação tem de realizar a sua própria avaliação no desempenho desta atividade.

Para o desenvolvimento de um programa de formação, onde as escolas devem estar na linha da frente, parece ser também a sua responsabilidade o conhecer das realidades da prática clínica e a organização do trabalho para, de uma forma metódica, darem continuidade ao processo formativo do supervisor.

Referências bibliográficas

ABREU, W. *Identities, formação e trabalho: Da formatividade à configuração identitária dos enfermeiros (estudo multicaso)*. Coimbra: Sinais Vitais, 2001.

ABREU, W. *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos*. Coimbra: Sinais Vitais, 2003.

ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau, 2007.

ABREU, W. *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamense e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Editora Formasau, 2008.

GRAY, D. *Doing research in the real world*. London: Sage Publications, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Cadernos temáticos. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2010.

SANTIAGO, R., ALARCÃO, I. e OLIVEIRA, L. Percursos na formação de adultos. A propósito do modelo de Lesne. In: I. Sá-Chaves, org. *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora, 1997, pp. 9-36.

VAN OOIJEN, E. *Clinical supervision: A practical approach*. New York, NY: Churchill Livingstone, 2000.

Projeto de supervisão clínica em enfermagem: equipa de prevenção de úlceras por pressão

Inês Rocha; Joana Vieira; Raquel Barbosa; Duarte Pinto & Ana Luísa Neves

Centro Hospitalar de São João, E.P.E., Enfermeira, Mestre em Supervisão Clínica em Enfermagem.

Autor correspondente: **Inês Rocha** (inesarsrocha@gmail.com)

Resumo

A Supervisão Clínica em Enfermagem tem vindo a consolidar-se como um processo promotor da aprendizagem profissional e do desenvolvimento pessoal permanente, conferindo suporte para a qualidade das práticas clínicas e estimulando o desenvolvimento de capacidades analítico-reflexivas, sendo a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem o seu principal propósito. Este projeto tem por base uma situação hipotética, centrado nos conceitos de Supervisão Clínica em Enfermagem e num dos indicadores de qualidade referenciado pela Ordem dos Enfermeiros: a prevenção de úlceras por pressão. Como objetivo visa a diminuição da taxa de incidência de úlceras por pressão de um hospital, o que vai resultar num subsídio para a formação contínua, para a investigação, para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e, principalmente, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente. O projeto acima referido respeitou as seguintes fases: definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação da execução e avaliação. Realça-se como aspeto primordial, a formação, no âmbito da Supervisão Clínica em Enfermagem, a facultar aos enfermeiros chefes de equipa dos cinco serviços do hospital com maior taxa de incidência de úlceras por pressão, uma vez que serão esses enfermeiros que irão implementar estratégias de supervisão clínica nas respetivas equipas, tais como, análise de casos, *roleplaying*, *brainstorming*, entre outras. Todo este processo será supervisionado pela Equipa de Prevenção de Úlceras por Pressão que periodicamente efetuará a avaliação formativa, de processo e de resultado. Este projeto poderá ser implementado nos contextos de saúde atuais, trazendo importantes contributos, quer para a melhoria dos cuidados, quer para os intervenientes envolvidos no processo.

Palavras-chave: Supervisão clínica em enfermagem; úlcera por pressão; qualidade de cuidados.

Abstract

Clinical Supervision in Nursing allows the promotion of professional learning process and permanent development of nurses by providing support for the quality of clinical practice and encouraging the development of analytical and reflective skills, as its main purpose is the safety and quality of nursing care. This project is based on a hypothetical situation, focusing on the concepts of Clinical Supervision in Nursing and on a quality indicator referenced Ordem dos Enfermeiros (nursing national regulatory body) regarding prevention of pressure ulcers. This project aims to decrease the incidence of pressure ulcers in a hospital, which will result on an enhancement of training, research, personal and professional development of nurses, and especially the improvement of the quality of care provided to customers. There are five stages in this project: defining priorities, setting goals, selecting strategies, preparing the implementation and evaluation. As an important aspect of the project, we highlight the provision of training about Clinical Supervision in Nursing to the team leaders of the five wards with the highest incidence rate of pressure ulcers, since these will be the nurses that will implement strategies for Clinical Supervision in their respective teams, such as case studies, roleplaying, brainstorming, among others. This whole process will be supervised by the Team Prevention of Pressure Ulcers that will periodically perform an assessment regarding training, process and results. This project can be implemented in the actual context of health care, which can bring an important contribution not only for the improvement of care, but also for the actors involved in the process.

Keywords: Clinical supervision in nursing; pressure ulcer; quality of care.

Introdução

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é atualmente reconhecida como um vetor de melhoria da qualidade das práticas, uma vez que poderá contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos e competências pessoais e profissionais dos enfermeiros no âmbito da prestação de cuidados (Garrido, Simões e Pires 2008).

Tendo em consideração as políticas de saúde em vigor, torna-se importante a criação/implementação de projetos que promovam a prestação de cuidados de qualidade e uma gestão de recursos eficaz e, ainda, que satisfaçam as necessidades do cliente.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) referencia vários indicadores de qualidade, que os enfermeiros devem ter em conta aquando da sua prestação de cuidados. Nesse sentido, e atendendo a que a Supervisão Clínica (SC) desempenha um papel fulcral nos processos de acreditação das instituições de saúde, este trabalho pretende dar resposta a uma necessidade de um hospital fictício. Deste modo, optou-se por abordar um dos indicadores de qualidade referenciado pela OE (2007): a prevenção de Úlceras por Pressão (UP).

Segundo a *Registered Nurses Associations of Ontario* (2005), as UP causam um grande impacto na qualidade de vida quer do cliente, quer da sua família, sendo que a elevada incidência de UP e o custo acrescido que daí advém têm sido grandes preocupações para as instituições de saúde. A intervenção precoce torna-se então crucial, no sentido de haver uma diminuição na taxa de incidência das UP, o que deixa antever uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados e uma diminuição nos custos despendidos no setor da saúde.

Metodologia

Pretendemos com este trabalho criar um projeto que dê resposta às necessidades de um hospital fictício, o Hospital Central do Porto (HCP), que definiu como objetivo: reduzir a taxa de incidência de UP de 34% para 25% no HCP até ao final do ano de 2013.

Para a implementação deste projeto optou-se por utilizar como referência o planeamento em saúde proposto por Imperatori e Giraldes (1993), sendo as principais etapas do seu processo: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, execução e avaliação.

Análise e discussão dos resultados

Relativamente ao diagnóstico da situação, o HCP pretende demarcar-se pela positiva dos restantes hospitais da Administração Regional de Saúde do Norte, E.P.E., à qual pertence, tentando para isso implementar projetos que por um lado lhe permitam uma visibilidade junto dos meios de comunicação social, resultando numa maior procura pelos clientes, e, por outro, receber incentivos do Estado. Este hospital é constituído por 70 serviços, com 897 camas, tendo 1559 enfermeiros a prestarem cuidados. Por se querer candidatar em 2014 a um Programa de Acreditação do *King's Fund Health Quality Service*, o Conselho de Administração do HCP decretou a abertura de um concurso público para dar resposta ao objetivo referido anteriormente. O HCP estabeleceu ainda como orçamento para o projeto €50.000. Neste contexto, surge a Equipa de Prevenção de Úlceras por Pressão (EPUP), constituída por cinco enfermeiros do HCP, que detêm habilitações académicas específicas no âmbito da SCE, e que pretende candidatar-se ao concurso.

Relativamente à definição de prioridades, a EPUP definiu as seguintes: reduzir a taxa de incidência de UP no HCP; promover um programa de prevenção de UP no HCP; promover um programa de SCE no HCP; incrementar a qualidade dos cuidados de enfermagem no HCP.

No que concerne à fixação de objetivos, a EPUP delineou como estratégia atuar nos cinco serviços do HCP em que a taxa de incidência de UP é maior: Serviço de Medicina Homens, Serviço de Medicina Mulheres, Unidade de Cuidados Intermédios de Cirurgia, Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina e Traumatologia. O seu pensamento baseou-se no facto de, se se diminuir a taxa de incidência de UP nos cinco serviços com maior taxa, através de estratégias de SC, esses valores irão refletir-se na taxa de incidência de UP total do hospital. A EPUP definiu que vai reduzir para metade a taxa de incidência desses cinco serviços, uma vez que, dessa forma, reduz a taxa de incidência de UP do HCP para 24,48%, superando em 0,52% o objetivo do HCP.

Para a concretização dos objetivos a que a EPUP se propôs recorrer-se-á a diversas estratégias com o intuito de auxiliar os supervisionados (enfermeiros chefes de equipa) a adquirirem competências supervisivas em relação aos seus pares, resultando desta relação uma mudança de comportamento e atitude, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados, nomeadamente no que se refere à diminuição da taxa de incidência de UP. De uma forma geral, poder-se-ão elencar as seguintes atividades: identificação dos problemas de saúde que afetam o contexto que pretendemos abordar; sessões de SC junto dos enfermeiros chefes de equipa e, posteriormente, das respetivas equipas; momentos formais de discussão entre o líder da EPUP e os seus colaboradores; jornadas da EPUP; avaliação da taxa de incidência de UP; avaliação da

efetividade da SC através da *Manchester Clinical Supervision Scale*. As estratégias de supervisão clínica que se irão utilizar neste projeto foram selecionadas de acordo com a evidência científica, e encontram-se sistematizadas e agrupadas na tabela 1 de acordo com as funções do Modelo de Supervisão Clínica de Proctor.

Tabela 1 – Estratégias de SC agrupadas segundo as funções do Modelo de Supervisão Clínica de Proctor

Função formativa	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação da análise e do pensamento crítico através de estratégias baseadas na observação, na escrita e na ação; • Leitura e discussão de casos; • Narrativas; <i>roleplaying</i>; análise de casos; brainstorming e perguntas pedagógicas.
Função restaurativa	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de auxílio e suporte, sendo o supervisor clínico o responsável por questionar o supervisionado sobre o tipo de apoio que necessita, transmitindo-lhe conforto, segurança e motivação.
Função normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a discussão com o supervisionado, sobre os padrões da prática profissional e ética.

Relativamente à preparação da execução do nosso projeto ir-se-ia utilizar uma metodologia essencialmente ativa, em que se visa o envolvimento dos enfermeiros na prevenção das UP através de sessões de supervisão de pares. É de ressaltar que, ao longo da fase de execução, seria efetuada a colheita de dados de forma a possibilitar a adequação das estratégias definidas anteriormente aos resultados que se vão obtendo.

Na última fase seriam realizadas as três avaliações sugeridas por Clark (1996, cit. por Carvalho e Carvalho 2006): a avaliação formativa (a realizar no decorrer das sessões, através do *feedback* dos participantes), a avaliação de processo (em que o supervisor deverá questionar-se se os participantes estão preparados como desejava, se a sessão manteve o interesse por parte dos supervisionados, se a estratégia de ensino/aprendizagem, materiais e conteúdos selecionados eram apropriados às necessidades de aprendizagem) e a avaliação de resultado (a efetuar no final do projeto, com o intuito de avaliar se os objetivos de resultado foram atingidos).

De salientar é o facto de este projeto poder ser implementado nos contextos de saúde atuais, trazendo importantes contributos quer para a melhoria dos cuidados, quer para os intervenientes envolvidos no processo. De facto, estas iniciativas teriam não só o intuito de reduzir a médio/longo prazo a taxa de incidência de UP num hospital, mas também melhorar as práticas dos profissionais de saúde, de forma a promover a sua motivação e a segurança dos cuidados.

Conclusões

Após a elaboração deste projeto verifica-se a importância da implementação de programas de SCE na prática clínica, o que é corroborado pelos estudos de Lyndsey (1997 cit. por Dias, 2006), que refere que a SC assume um papel preponderante nas organizações de saúde, constituindo um importante veículo de motivação e empenho, essenciais para a concretização de um trabalho efetivo, bem como para a sustentabilidade de qualquer projeto.

Considera-se que a qualidade ao nível dos cuidados deve ser uma preocupação constante das organizações de saúde e a SC um conceito que deve ser enraizado, uma vez que a sua compo-

nente reflexiva e experimental permite aos enfermeiros o desenvolvimento de saberes essenciais ao seu bem-estar e, conseqüentemente, ao correto funcionamento das organizações.

De acordo com Levett-Jones e FitzGerald (2005), por não se realizar a avaliação sistemática dos programas de SC, ainda não existem provas sólidas da sua eficácia. No entanto, autores como Goode e Williams (2004) referem que os programas de SC são frequentemente considerados bons investimentos dados os custos significativos associados com a rotação de pessoal – por não serem orientados e apoiados desistem de ser enfermeiros – e outros benefícios, como maior motivação e produtividade, o que é corroborado por Halfer (2007). Constatamos, mais uma vez, que o processo de SC constitui a matriz essencial que visa assegurar cuidados de qualidade e segurança aos utentes e profissionais.

Referências bibliográficas

- CARVALHO, A. e CARVALHO, G. *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência, 2006.
- DIAS, S. *Educação pelos pares: Uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2006.
- GARRIDO, A., SIMÕES, J. e PIRES, R. *Supervisão clínica em enfermagem: Perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.
- GOODE, C. e WILLIAMS, C. Post-baccalaureat nurse residency programme. *Journal of Nursing Administration*. 2004, vol. 34, 71-77.
- HALFER, D. A magnetic strategy for new graduate nurses. *Nursing Economics*. 2007, vol. 25, 6-11.
- IMPERATORI, E. e GIRALDES, M. R. *Metodologia do planeamento da Saúde*. 2.ª ed. Lisboa: Edições de Saúde, 1993.
- LEVETT-JONES, T. e FITZGERALD, M. A review of graduate nurse transition programmes in Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2005, vol. 23, 40-45.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. Lisboa: OE, 2007.
- REGISTERED NURSES ASSOCIATIONS OF ONTARIO. *Risk assessment and prevention of pressure ulcers*. Ontário: RNAO, 2005.
- PIRES, R. *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: Contributo para a definição de uma política organizacional*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, 2004.

Satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem prestados por estudantes

Olivério Ribeiro¹; Margarida Vieira² & Madalena Cunha¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu, Professor adjunto.

² Universidade Católica Portuguesa, Professora associada.

Autor correspondente: **Olivério Ribeiro** (oribeiro@essv.ipv.pt)

Acknowledgments: Portuguese Foundation for Science and Technology and Center for Studies in Education, Technologies and Health.

Resumo

A satisfação do utente face aos cuidados de saúde é definida como o resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados recebidos e a perceção dos cuidados realmente recebidos. No contexto da formação em enfermagem, questionamos se o grau satisfação percecionado pelo cidadão relativo aos cuidados prestados por estudantes de enfermagem seria diferente do percecionado em relação aos enfermeiros, pelo que nos propusemos identificar e comparar. **Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, resultante da aplicação da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem de Rodrigues e Dias (2003), nas dimensões *experiência* e *opinião*, aplicada a 115 cidadãos internados nos serviços de medicina e cirurgia, durante a realização dos ensinos clínicos. **Resultados:** Obteve-se um score global para os enfermeiros de 254,5 (dp=26,12; CV=10,27%) (Máx. 291; Mín.47). Na dimensão *experiência* o score foi de 173,92 (dp=16,21; CV=9,32%) (Máx 196; Min. 28) e na *opinião* de 80,58 (dp=12,32; CV= 15,29%) (Máx. 95; Min.19). Comparativamente, os estudantes nesta dimensão obtiveram um score médio superior de 83,78 (dp=10,29;CV=12,28%) (t=-4,511; p=0,000). **Discussão:** A prestação de cuidados pelos estudantes de enfermagem em ensino clínico é valorizada pelos cidadãos, não desprestigiando a profissão. A análise dos itens per si da dimensão *opinião* evidencia a maior disponibilidade, atenção, presença e ajuda dos estudantes, garantindo mesmo a privacidade e centralidade dos cuidados na pessoa. Nos enfermeiros sobressai o planeamento e desenvolvimento das atividades, bem como o tipo de informação dada sobre o estado de saúde do cidadão, domínios condicionados no estudante pelo seu estatuto e capacidade de decisão, cuja autonomia se encontra limitada. **Conclusões:** Inferimos que a presença de estudantes de enfermagem em ensino clínico aumenta a satisfação do cidadão e é um indicador efetivo da qualidade dos cuidados, com benefícios para o cidadão e para as instituições de saúde.

Palavras-chave: Satisfação; cidadão; estudante; enfermagem; cuidados.

Abstract

Satisfaction with health care is defined as the difference between the expectations of the user in need of care and the perception of actually received care. In the context of nursing training the present study questions if the level of satisfaction perceived by citizens about the cares provided by nursing students would be different from the one perceived with the nurses, so we proposed to identify and compare those two variables. **Methods:** This is a quantitative, descriptive, cross-sectional, and correlational study, resulting from the application of the Scale of Citizen Satisfaction with Nursing Care from Rodrigues and Dias (2003) on the experience and opinion dimensions, applied to 115 patients hospitalized in the medicine and surgery services, during clinical training of students. **Results:** A global score obtained for nurses was of 254.5 (sd=26.12, CV=10.27%) (Max.291; Min.47). On the experience dimension the score was of 173.92 (sd=16.21, CV=9.32%) (Max 196; Min. 28) and on the opinion dimension 80.58 (sd=12.32, CV=15.29%) (Max. 95; Min.19). Comparatively, the students on this dimension had an higher average score of 83.78 (sd=10.29, CV=12.28%) ($t=-4.511$, $p=0.000$). **Discussion:** The care provided by nursing students in clinical teaching is valued by citizens, without loss of prestige of the profession. The items analysis per se on the opinion dimension evidences the greater availability, attention, presence and help of the students, ensuring the privacy and centrality of care on the person. On the nurses the planning and development of the activities is highlighted, as well as the type of information given about the citizen health state, domains conditioned on the student, whose autonomy is limited by his/her status and decision capacity. **Conclusions:** We infer that the presence of nursing students in clinical contexts increases the citizen satisfaction and is an effective indicator of the quality of healthcare, with benefits to citizens and health institutions.

Keywords: Citizen; satisfaction; nursing; student; care.

Enquadramento teórico

Vivemos num período onde o aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos, conduzem ao conseqüente aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde, com todas as atenções centradas nos resultados, no uso adequado dos recursos disponíveis e implementação de metodologias de melhoria contínua de qualidade, onde os vários intervenientes – clientes, prestadores de cuidados, gestores, financeiros e políticos devem contribuir para o aumento da satisfação dos cidadãos e das suas expectativas (Ribeiro et al. 2008, p. 11).

A satisfação do utente face aos cuidados de saúde é definida como o resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados recebidos e a percepção dos cuidados realmente recebidos (Pereira, Soares e McIntyre 2001, p. 70).

Segundo Jesus (2005, cit. por Ribeiro 2008, p. 90) a monitorização do nível de satisfação dos utentes, constitui um imperativo ético, moral e social de todos os intervenientes nos processos de saúde, não só pela importância para a avaliação dos resultados em saúde, mas sobretudo pela oportunidade da implementação de processos de melhoria contínua que tal informação proporciona aos serviços, com o conseqüente benefício para a qualidade de cuidados proporcionados aos cidadãos e que as organizações deveriam assegurar, sendo mesmo um indicador reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE 2005), enquadrado na categoria dos enunciados descritivos da qualidade de cuidados de enfermagem.

Surge assim a importância da enfermagem, que no entender de Vieira (2009) é "uma profissão exigente, para a qual é necessário uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um fazer técnico próprio e capacidade para tomar decisões em situações de grande complexidade ética, na relação permanente com outras pessoas" (p. 8).

A enfermagem enquanto profissão moderna e organizada de acordo com Vieira (2009, p. 13), Nunes (2003, p. 19) e Ribeiro (2009, cit. por Lopes et al. 2009), surge em finais do século XIX, tendo como influência os achados e ensinamentos de Florence Nightingale.

Ao longo dos tempos, muitos foram os contributos para a enfermagem, modelando-a como ciência e profissão, tendo o ensino e a investigação dado um forte contributo para o seu reconhecimento.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, criado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, no qual se refere no seu ponto 1 e 2 do artigo 4.º, que a enfermagem é

a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível" e que o enfermeiro é "o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

De acordo com o mesmo decreto, o ponto 6 do artigo 9.º do capítulo IV, relativo ao exercício e intervenção dos enfermeiros, refere que "Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem", referindo-se nomeadamente na alínea e) à colaboração "na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos."

A Diretiva 2005/36/CE, de 7 de Setembro de 2005, define o Ensino Clínico 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.

Refere ainda o Jornal Oficial (JO) da União Europeia que "este ensino será ministrado em hospitais e outras instituições de saúde e numa coletividade, sobre a responsabilidade de enfermeiros docentes e com a cooperação e assistência de outros enfermeiros qualificados" (JO L255 de 30/09/2005, p. 41).

Neste sentido, é da responsabilidade dos serviços de saúde proporcionar um ambiente facilitador das aprendizagens, pois, tal como referido por Carvalho (2003), "professores e enfermeiros estão conscientes que há competências ao nível do saber-fazer, do saber-estar e saber-ser, que só na atividade e em contexto de trabalho podem ser percebidos e desenvolvidos pelos estudantes" (p. 29).

Propusemo-nos pois refletir sobre os ensinamentos clínicos de enfermagem e sua influência no grau de satisfação do cidadão, questionado se seria diferente o grau de satisfação percebido pelo cidadão face aos cuidados prestados por enfermeiros e estudantes.

Neste pressuposto, definimos como **objetivos** específicos para o estudo "Satisfação do Cidadão Face aos Cuidados de Enfermagem", os seguintes:

- Identificar o grau de satisfação dos cidadãos face aos cuidados de enfermagem prestados pelos profissionais;
- Comparar o grau de satisfação dos cidadãos face aos cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros e estudantes.

Metodologia

Efetuamos um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, resultante da aplicação da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE) validada para a população Portuguesa por Rodrigues e Dias (2003), cujo score médio global foi de 245,93, sendo na dimensão *experiência* de 167,87 e na *opinião* de 78,06.

A escala foi aplicada a 115 cidadãos Portugueses internados num hospital da região centro de Portugal, com a finalidade de se estudar o modo como variáveis pessoais e situacionais associadas à presença ou ausência de estudantes em ensino clínico, se repercutem na satisfação do cidadão necessitado de cuidados de enfermagem.

A "Satisfação" estudada pela ESCCE descreve os comportamentos de enfermagem e permite quantificar a satisfação do utente relativamente aos cuidados de enfermagem recebidos nas dimensões, **experiência** vivenciada relativamente aos cuidados de enfermagem recebidos e **opinião** em termos de satisfação relativa a esses mesmos cuidados, através de uma escala de likert de 7 itens para a primeira dimensão e de 5 itens para a segunda.

Análise dos resultados

O estudo apresentou um score médio global superior ao referenciado pelas autoras de 254.5, sendo o score máximo de 291 e mínimo de 177, quando os esperados seriam de 291 e 47, respetivamente. O desvio padrão foi de 26.12 com um coeficiente de variação de 10.27%, o que representa uma dispersão fraca em torno da média.

Relativamente aos scores médios das dimensões, também superiores ao das autoras, na *experiência* foi de 173.92 (Max. 196; Min. 28), com um desvio padrão de 16.21 e coeficiente de variação de 9.32%, dispersão fraca em torno da média. Para a dimensão *opinião* sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros, o score médio foi de 80.58 (Max. 95; Min.19), desvio padrão de 12.32 e coeficiente de variação de 15.29%, representando uma dispersão moderada em torno da média.

Na dimensão *opinião* modificada para aplicação aos estudantes de enfermagem, obteve-se uma pontuação média de 83.78 com um desvio padrão de 10.29 e coeficiente de variação de 12.28%.

O resultado da opinião dos inquiridos face aos cuidados prestados pelos enfermeiros permite-nos dizer que os cidadãos do sexo masculino estão em média mais satisfeitos (=81.50) que os do sexo feminino (=79.65) mas, de acordo com o teste t para amostras independentes, as diferenças não são estatisticamente significativas ($t=-0.804$; $p=0.423$).

Tabela 1 – Satisfação do cidadão com os cuidados prestados por enfermeiros e estudantes

Prestadores cuidados Itens Opinião	Enfermeiros		Estudantes		Levene (t)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
O1.O tempo que gastaram consigo.	4,19	,771	4,43	,664	,000	-3,624	,000
O2.Capacidade com que desempenharam as suas actividades	4,16	,823	4,32	,767	,000	-2,627	,010
O3.Estava sempre por perto quando dele precisou	4,20	,881	4,50	,693	,000	-3,651	,000
O4.O quanto sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.	4,24	,779	4,18	,801	,000	,927	,356
O5.A rapidez com que vieram quando os chamou	4,15	,929	4,50	,718	,000	-4,450	,000
O6.A maneira como o fizeram sentir como se estivesse em sua casa	4,20	,819	4,47	,653	,000	-3,900	,000
O7.A quantidade de informação que lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	3,98	,936	4,03	,917	,000	-,669	,505
O8.A frequência com que perguntavam se estava bem	4,31	,788	4,56	,580	,000	-3,624	,000
O9.A ajuda que recebeu.	4,33	,792	4,56	,610	,000	-3,048	,003
O10.A maneira como lhe explicaram as coisas	4,23	,806	4,33	,758	,000	-1,645	,103
O11.A maneira como tranquilizaram os seus familiares ou amigos	4,10	,872	4,23	,806	,000	-1,892	,061
O12.A forma como fizeram o seu trabalho	4,34	,760	4,44	,665	,000	-1,645	,103
O13.O tipo de informações que lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação	4,16	,875	4,11	,934	,000	,554	,581
O14.Como o trataram como pessoa	4,48	,654	4,62	,571	,000	-2,526	,013
O15.Como ouviram as suas preocupações	4,21	,843	4,52	,680	,000	-4,203	,000
O16.A liberdade que lhe deram dentro do Serviço	4,27	,809	4,29	,747	,000	-,245	,807
O17.A boa vontade com que responderam aos seus pedidos	4,41	,700	4,57	,593	,000	-2,531	,013
O18.A privacidade que lhe deram	4,32	,767	4,50	,598	,000	-2,982	,004
O19.O quanto estiveram atentos às suas necessidades	4,30	,774	4,62	,555	,000	-5,032	,000
Total de opinião da satisfação	80,58	12,32	83,78	10,29	,000	-4,511	,000

Quanto aos cuidados prestados pelos estudantes de enfermagem, as médias são superiores quando comparadas com a dos enfermeiros, estando os inquiridos do sexo feminino mais satisfeitos do que os do sexo masculino (=84.74 vs =82.84), não sendo a diferença estatisticamente significativa ($t=0.986$; $p=0.326$).

Procurando identificar se a satisfação do cidadão face aos cuidados prestados era discriminada em função dos profissionais que os prestavam, enfermeiros e estudantes de enfermagem, efetuamos um teste t para amostras emparelhadas. Pela diferença de médias, observa-se que os cuidados prestados pelos estudantes de enfermagem indicam níveis de satisfação superiores, com diferenças estatísticas significativas relativamente aos itens O1, O2, O3, O5, O6, O8, O9, O14, O15, O17, O18 e O19.

Também com diferença de médias superiores nos estudantes de enfermagem, mas sem diferenças estatísticas significativas encontramos os itens O7, O10, O11, O12 e O16.

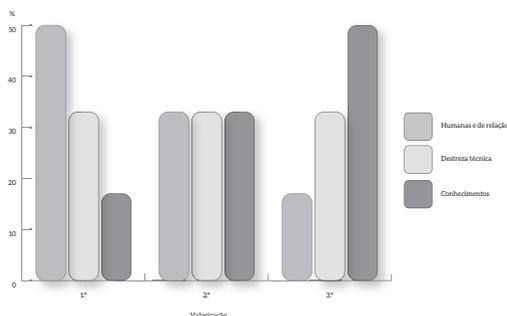
Com diferença de médias superiores relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros, sem diferenças estatísticas significativas, encontramos os itens O4 e O13.

Quando comparamos às médias de satisfação entre enfermeiros e os estudantes na dimensão *opinião*, o cidadão refere níveis de satisfação inferiores relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros, sendo a diferença estatisticamente significativa ($t=-4,511$; $p= 0,000$) (cf. Tabela 1).

O score médio mais elevado recai sobre o item 14 relativo ao tratamento do cidadão enquanto pessoa e no item 19 relativo ao quanto estavam atentos às necessidades do cidadão com 4.62, atribuído aos estudantes de enfermagem. Nos enfermeiros recai também sobre o item O14 mas com uma pontuação média de 4.48.

O score mais baixo recai no item O7 relativo à quantidade de informação dada sobre o estado e tratamento/situação com pontuação média de 3.98 para os enfermeiros e de 4.03 para os estudantes (cf. Figura 1).

Figura 1 – Análise comparativa da satisfação do cidadão face aos cuidados prestados por enfermeiros e estudantes



Discussão

Os resultados obtidos são concordantes com Rodrigues e Dias (2003) no que se refere aos cuidados prestados por enfermeiros.

A prestação de cuidados pelos estudantes de enfermagem em ensino clínico é também valorizada pelos cidadãos, evidenciando os resultados que aqueles não desprestigiam a profissão. A análise dos itens per si da dimensão *opinião* evidencia a maior disponibilidade, atenção, presença e ajuda dos estudantes, garantindo mesmo a privacidade e centralidade dos cuidados na pessoa. Relativamente aos enfermeiros, sobressai efetivamente o maior domínio sobre o planeamento e desenvolvimento das atividades a realizar, bem como o tipo de informação a dar sobre o estado de saúde do cidadão. Relativamente ao primeiro, é um domínio onde o estudante ainda se encontra limitado em termos de autonomia e capacidade de decisão por força do seu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, e quanto ao segundo, o próprio estatuto condiciona.

Conclusão

Quando comparamos às médias de satisfação entre enfermeiros e os estudantes na dimensão *opinião*, podemos afirmar que o cidadão refere níveis de satisfação inferiores relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros pelo que se demonstra que a presença de estudantes em ensino clínico contribui para o aumento da satisfação do cidadão com os cuidados de saúde prestados nas instituições.

Inferimos assim que a presença de estudantes de enfermagem durante a realização dos ensinamentos clínicos não só aumenta a satisfação dos cidadãos, como é um indicador efetivo da qualidade dos cuidados, com benefícios para os cidadãos e para as instituições de saúde.

Referências bibliográficas

- CARVALHAL, R. *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: Perspetivas dos atores*. Loures: Lusociência, 2003.
- JO L 255/22-142. (2005/09/30). Diretiva do Parlamento Europeu e do Conselho 2005/36/CE de 7 de setembro. *Reconhecimento das qualificações profissionais*. Jornal Oficial da União Europeia.
- LOPES, J. C. R. et al. *Multiculturalidade – Perspetivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar*. Loures: Lusociência, 2009.
- NUNES, L. *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência, 2009.
- ORDEM ENFERMEIROS. Satisfação dos doentes. *Revista da OE*. 2005, 16, Março.
- PEREIRA, M. G., SOARES, V. A. e MCINTYRE, T. Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: Um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2001, 2(2), 69-80.
- RIBEIRO, O. et al. Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Millenium – Revista ISPV*. 2008, 35, s.p.
- RIBEIRO, O. et al. Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: Uma revisão da literatura. *Millenium – Revista ISPV*. 2010, 38, 271-282.
- RIBEIRO, O. *Custos e benefícios do ensino clínico em enfermagem para as instituições hospitalares*. Projeto de Tese Doutoral. ICS-UCP, Porto, 2011.
- RIBEIRO, N. *Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência de Machico*. Funchal: Universidade Atlântica, 2008 [consultado 22 abril 2012]. Disponível em: <http://www.citma.pt/Uploads/Norberto%20Ribeiro.pdf>
- RODRIGUES, M. J. B. e DIAS, M. L. *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem: desenvolvimento de uma escala e resultados obtidos numa amostra dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários da Região Autónoma da Madeira*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem da Universidade da Madeira e Centro Hospitalar do Funchal, 2003.
- VIEIRA, M. *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. 2.ª ed. Lisboa: UCP Editora, 2009.

Ser supervisor de ensino clínico: contributos para um perfil

Maria Gabriela Calado

Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem, Professor coordenador. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Autor correspondente: **Maria Gabriela Calado** (mcalado@uevora.pt)

Resumo

Sabemos que a formação clínica em Enfermagem é uma componente fundamental do currículo escolar, e que ao nível da formação inicial, os ensinamentos clínicos surgem como etapas estruturadas e estruturantes do desenvolvimento profissional e pessoal do estudante. A complexidade da aprendizagem, em contexto de prática clínica deve-se a uma multiplicidade de fatores, de ordem intrínseca (características pessoais) e extrínseca (meio/atmosfera envolvente) vivenciados diariamente pelo estudante face às múltiplas e diferenciadas problemáticas de saúde/doença com que é confrontado. De entre os fatores extrínsecos à sua condição de ensino/aprendizagem, destaca-se a supervisão em Ensino Clínico, a qual tem vindo a ser reconhecida como um importante fator de desenvolvimento profissional, pessoal e de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. O estudo que se apresenta, descritivo e de abordagem qualitativa, pretende Identificar quais as competências dos Supervisores de Ensino clínico mais valorizadas pelo estudante e Compreender o significado que este atribui ao processo de Supervisão durante o seu percurso formativo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a dezasseis (16) estudantes de Enfermagem de todos os anos do curso de licenciatura, constatando-se que durante a transição educativa (situacional) vivenciada pelo estudante, os ensinamentos clínicos se constituem como situações que lhe provocam receio e ansiedade. Os estudantes relatam a supervisão como sendo um elemento central à sua aprendizagem em contexto de prática clínica, fortemente responsável pelo seu sucesso/insucesso escolar e consequentemente pela sua condição de saúde e bem-estar. Identificam e valorizam no Supervisor competências do foro cognitivo, instrumental e emocional como fundamentais ao seu perfil e reportam-no como um dos atores mais relevantes do seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Palavras-chave: Estudante de enfermagem; transição; vulnerabilidade; supervisão em ensino clínico.

Abstract

It is known that Clinical Training in Nursing is a key component of the academic curriculum, and at the level of initial education, clinical training appears as structured stages featuring the professional and personal development of the student. The complexity of learning, in the context of clinical practice, is due to a multiplicity of factors both intrinsic (personal characteristics) and extrinsic (environment/surrounding atmosphere) experienced by students in their daily activities in the different health/disease issues which they are confronted with. Among the extrinsic factors to the condition of teaching/learning, stands out the supervision in clinical training which has been recognized as an important factor of professional and personal development, and of particular relevance in improving the quality of health-care provided. The present study, descriptive and with a qualitative approach, aims to identify, according to the students perspective, the most valued skills of the clinical training supervisors, and to understand the meaning that students give to the supervision process during their training. Were conducted semi-structured interviews with sixteen (16) baccalaureate nursing students from all years of the undergraduate program, noting that during the educational transition (situational) experienced by students, the clinical training causes fear and anxiety. Students report supervision as a key element to their learning in the context of clinical practice, highly responsible for their academic success or failure, and consequently for their condition of health and well-being. They identify and value, in the person of the supervisor, cognitive, instrumental and emotional skills, assuming them as fundamental to their profile and considering them as one of the most relevant actors of their personal and professional development.

Keywords: Nursing student; transition; vulnerability; supervision in clinical teaching.

Objetivos

- Identificar quais as competências dos supervisores de ensino clínico mais valorizadas pelo estudante.
- Compreender o significado atribuído pelo estudante de enfermagem ao processo de Supervisão e de como este se transversaliza com a sua condição de saúde e bem-estar/ sucesso/ insucesso escolar.

Introdução

De acordo com Meleis e Schumacher (2000), o conceito de transição e de vulnerabilidade estão fortemente interligados, definindo as autoras, transição como “a passagem entre uma fase, condição ou estado de vida a outro, associado a algum grau de auto redefinição” e vulnerabilidade como “a pré-disposição que surge na vida da pessoa em contexto de vivência diária e que é revelada através da compreensão das suas experiências e das respostas dadas durante a transição”.

Assim, o modo como o individuo lida com a transição e a pré-disposição para se tornar vulnerável, está sujeita a vários constrangimentos.

No pressuposto de que a frequência de um curso com as características da Licenciatura de Enfermagem é um evento transitivo gerador de vulnerabilidades em saúde, desenvolvemos o presente estudo, constatando que durante a transição educativa (situacional) do estudante,

os ensinamentos clínicos se constituem como períodos de grande ansiedade, angústia e medo (Abreu, 2003), sentimentos que quando vividos em proporções inadequadas poderão constituir-se como bloqueadores do desenvolvimento de competências e da socialização profissional que se pretende, com repercussões no sucesso/insucesso escolar do estudante e consequentemente na sua saúde e bem-estar.

Esta constatação corrobora o pensamento de Meleis (2007), quando nos diz, que a maioria das transições está associada a um acontecimento marcante ou crítico, normalmente associado a momentos de vulnerabilidade, de incerteza e de ansiedade. Refere ainda, que a avaliação de qualquer processo de transição do indivíduo, no que reporta à sua condição de saúde e bem-estar, tem que ter sempre em consideração os seus padrões de resposta.

Deste modo, as respostas dadas pelo estudante de Enfermagem durante a sua formação em ensino clínico devem-se constituir como um foco de atenção elevada por parte dos atores responsáveis pelo seu percurso formativo, tendo em consideração as mudanças, exigências e consequências que tal processo provoca na sua vida.

Sabemos que a formação clínica em Enfermagem é uma componente fundamental do currículo escolar, e que ao nível da formação inicial, os ensinamentos clínicos surgem como etapas estruturadas e estruturantes do desenvolvimento profissional e pessoal do estudante. A complexidade da aprendizagem em contexto de prática clínica, deve-se a uma multiplicidade de fatores, de ordem intrínseca (características pessoais) e extrínseca (meio/atmosfera envolvente) vivenciados diariamente pelo estudante face às múltiplas e diferenciadas problemáticas de saúde/doença com que é confrontado, pressupondo um ensino/aprendizagem que provoque “o domínio de um conjunto de conhecimentos, métodos e técnicas específicas, que devem ser ensinadas criticamente no sentido de dotar o estudante de uma progressiva exigência de autonomia no exercício do que é necessário para ser bom profissional” (Benedito, Ferre e Ferres 1995).

De entre os fatores extrínsecos à sua condição de ensino/aprendizagem, destaca-se a supervisão em ensino clínico, a qual tem vindo a ser reconhecida como um importante fator de desenvolvimento profissional, pessoal e de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Alarcão (2011), refere que a supervisão clínica é um processo que envolve pessoas e contextos em interação, caracterizado por três vertentes: a dimensão intencional (formação e desenvolvimento); a dimensão substantiva (compreensão do que acontece na prestação de cuidados/confirmar ou transformar a ação); e a dimensão interpessoal (comunicativa/relacional do tipo dialógico).

Pelo exposto, constata-se que o supervisor de ensino clínico tem um papel crucial no processo ensino/aprendizagem, devendo para tal ser um profissional qualificado, idealmente detentor de formação na área da Supervisão, a fim de permitir ao estudante o melhor desenvolvimento profissional e pessoal em contexto de prática clínica.

Pires et al. (2004) refere que “A qualidade da supervisão disponibilizada aos alunos é fundamental no processo de construção do seu conhecimento pessoal e profissional, no desenvolvimento das capacidades crítico-reflexivas e na consolidação da identidade profissional.”

De acordo com o exposto, a aprendizagem em ensino clínico, deverá ser constantemente avaliada pelo supervisor no sentido de identificar, facilitar, promover e apoiar o estudante nos momentos críticos, ajudando-o a desenvolver novos padrões de resposta comportamental, cognitiva e afetiva face às exigências e necessidades da prestação de cuidados (Hopson 1981).

Se o estudante for ajudado a ultrapassar com sucesso esta etapa do seu processo de transição, pode-se esperar dele desenvolvimento e progresso, inclusive na sua condição de saúde e bem-estar, se pelo contrário a transição for mal sucedida, é possível que as consequências do stress e do fracasso sejam as mais sentidas e valorizadas e tornem a sua condição de saúde e bem-estar mais vulnerável, votando o aluno ao fracasso e ao insucesso escolar.

Metodologia

Este Estudo parte de um Estudo mais amplo de natureza descritiva, transversal e de abordagem quanti-qualitativa, incidindo sobre uma população de 300 estudantes de Licenciatura de Enfermagem. O 1.º Estudo de caráter exploratório e de abordagem quantitativa, foi realizado em dois momentos distintos, 1.º Semestre (M1) e 2.º Semestre (M2), tendo como objetivo identificar no processo de transição dos estudantes, variáveis de opinião/atitude sobre a sua condição de saúde e bem-estar.

Enfatizou-se a amplitude e não a profundidade da informação, pretendendo-se encontrar os “casos extremos” (estudantes que obtiveram os melhores/piores scores nas diversas dimensões dos instrumentos aplicados (Questionário do Estudo de Saúde SF-36 V2 e Escala de Bem-estar W-BQ12 de Bradley).

Entre a primeira avaliação (M1) e a segunda avaliação (M2), verificou-se um declínio na condição de saúde e Bem-estar dos estudantes, sendo o Ensino Clínico o preditor com maior significado nesse declínio.

Com base nos resultados obtidos, realizámos o Estudo que agora se apresenta, de abordagem Qualitativa, tendo como população alvo os estudantes designados “casos extremos” com o objetivo de compreender no seu processo de transição e em Ensino Clínico que fatores influenciaram a mudança da sua condição de saúde e bem-estar e consequentemente o seu sucesso/insucesso escolar.

Participantes/Instrumento de colheita de dados

Foram selecionados 16 estudantes “casos extremos”, 15 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idade média de 22.3, independentemente do ano de curso, aos quais foram realizadas entrevistas semi-estruturadas no período compreendido entre maio e outubro de 2012.

Foi construído um Guião de Entrevista, onde se colocou a seguinte questão: “Tendo a sua condição de saúde e bem-estar sido alterada em Ensino Clínico, gostaria que me falasse dessa experiência, referindo que fatores releva para que tal situação tenha ocorrido”.

Procedimentos

As Entrevistas decorreram no período compreendido entre maio e outubro de 2012. Durante o decurso das entrevistas foram cumpridos todos os procedimentos éticos-legais, relacionados com o anonimato e o sigilo da informação, em conformidade com a Comissão de ética de Saúde e Bem-estar da Universidade de Évora. As entrevistas foram gravadas, decorreram em sala própria com um tempo médio de 45m. O tratamento dos dados foi feito de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2008), com recurso a programa informático (Nvivo 8.0).

Análise e discussão dos resultados

Dos relatos dos estudantes o ensino clínico emergiu como um evento marcante do seu processo de transição, pois está associado a acontecimentos significativos e críticos que ocorrem no ensino/aprendizagem, provocando-lhes padrões de resposta muitas vezes ligados a momentos de grande vulnerabilidade, traduzidos através de situações de incerteza, receio e ansiedade.

Do corpus de análise das entrevistas emergiram várias Dimensões, com as respetivas categorias e sub-categorias, das quais evidenciamos pelo seu carácter central e transversal as seguintes:

Dimensão – Formação em contexto de Prática clínica

Categoria: Dificuldade e insegurança do estudante em assumir o papel de prestador de cuidados.

Sub-categorias: Demasiadas tarefas a desempenhar; demasiada responsabilidade; confronto entre o aprendido na Teoria e as necessidades da prática; medo de cometer erros; dificuldade no confronto com o sofrimento e a morte; dificuldades no relacionamento interpessoal/ comunicação; receio da avaliação.

Exemplos paradigmáticos:

“Em estágio tudo depende da sorte... às vezes sentimo-nos sozinhos... eu quando faço os primeiros procedimentos ao doente, estou quase sempre nervosa... é muita responsabilidade! mas depois concentro-me e penso... está aqui uma pessoa que precisa da minha ajuda... acalmo-me e tento fazer bem!” (E7)

“Lidar com o sofrimento, com a morte... é muito difícil, eu considero-me frágil, mas tive outros colegas que reagiram como eu... andaram tristes, deprimidos durante uns tempos... mas depois temos que dar a volta! Devíamos ter alguém bem preparado para nos ajudar...” (E1)

“O 2º ano é terrível, é tudo novo... é o nosso 1º estágio no hospital, temos que pôr em prática os conhecimentos... as técnicas... eu sou muito nervosa... muito stressada... tinha medo de terminar o turno e não ter tudo feito...” (E1)

“Tenho colegas que não gostam dos ensinamentos clínicos, andam desmotivados, não se sentem bem, por causa dos Supervisores, eles não lhe explicam as coisas... não lhes esclarecem as dúvidas... até têm medo de perguntar... sentem-se permanentemente avaliados... a avaliação é um drama... cria-se um mau ambiente e os alunos vão-se mesmo abaixo!” (E7) .

As transcrições revelam-nos elementos de cariz ansiogénico, traduzindo fatores intrínsecos ao estudante, como o “medo de cometer erros” a “insegurança nos procedimentos”, o “confronto com o sofrimento e a morte”, e a “desmotivação” por falta de apoio. De acordo com (Mckenna e Wellard 2009) constata-se que é no ensino clínico que o estudante se confronta diretamente com a individualidade de cada utente, constituindo-se como uma oportunidade de se apropriar e desenvolver competências pessoais, sociais e profissionais que o habilitem a

tomar decisões, resolver problemas e agir de acordo com os princípios e valores da profissão de Enfermagem. Tal aprendizagem será potenciada se o estudante tiver a percepção de apoio e incentivo efetivo por parte dos agentes educativos.

Dimensão – Supervisão em Ensino Clínico

Categoria: O Supervisor do ensino clínico como ator central da formação do estudante.

Sub-categorias: Ter conhecimentos; ser perito; ser disponível; ser honesto; ser frontal; ser compreensivo; ser um suporte efetivo; ser responsável; saber interagir; ser motivador; ser imparcial; gostar de orientar alunos.

Exemplos paradigmáticos:

Supervisor Dificultador

"Esperava muito mais do meu supervisor, precisava que ele tivesse tempo para mim... não basta ter conhecimentos... nós precisamos de mais... precisamos que ele esteja lá... que seja o nosso suporte" (E2)

"o nosso sucesso depende muito de quem nos orienta, há enfermeiros que não gostam... não têm paciência, nós não nascemos ensinados e há supervisores que não gostam de ensinar, esquecem-se que já foram alunos..." (E8)

"o falar da situação, receber conselhos, desabafar... ajuda bastante, o supervisor deveria ser a pessoa ideal... mas tem que ter características... tem que ter um determinado perfil... e nem sempre tem... quando assim é vamo-nos abaixo!" (E12)

Supervisor Facilitador

"o meu supervisor ajudou-me a ganhar maturidade, era honesto comigo, dizia-me o que tinha a dizer na hora... Deixava-me evoluir, não me abafava... Tinha disponibilidade e muitos conhecimentos... era perito... Aprendi muito com ele... sabia realizar as técnicas... sentia-me bem! Saía do estágio contente com o meu desempenho... Apetecia-me sempre voltar" (E5)

"O nosso sucesso ou insucesso em estágio depende muito de quem nos orienta, de quem nos acompanha todos os dias... o local também é essencial, deve ser rico em experiências, para que o aluno possa ter uma boa aprendizagem. A equipa tem que gostar de receber alunos, para que a gente não se sinta um empecilho..." (E1)

"tenho tido perceptores muito bons... imparciais... com um acompanhamento muito próximo, manter a proximidade ao aluno é muito importante! O enfermeiro faz os turnos connosco, conhece-nos, a boa relação com ele é sempre uma mais-valia... se a relação não for boa, se não for cuidada...não somos bem supervisionados e isso afeta a nossa aprendizagem...!" (E2)

De acordo com os exemplos transcritos, o supervisor de ensino clínico deve ter determinadas características/perfil para que possa ser potenciador do bem-estar e do sucesso do estudante,

desempenhando um papel crucial no suporte que lhes fornece quer em termos emocionais, quer em termos de ajuda técnica e científica para a resolução dos problemas com que este se confronta na prestação de cuidados.

Almeida (2006), refere que ao centrar a sua atenção e disponibilidade no estudante, o orientador está a contribuir para o reforço e promoção da sua autoestima e confiança, sendo segundo o autor um dos objetivos da Supervisão aos estudantes. Contudo e de acordo com Ramos (2003), o suporte técnico (instrumental), não pode ser descurado, tendo na formação clínica um papel fundamental, pois contribui para o desenvolvimento das competências, conhecimentos e atitudes dos estudantes.

Conclusões

Importa realçar que de acordo com os estudantes, os ensinamentos clínicos constituem-se como eventos transitivos marcantes na sua formação e que o seu sucesso/insucesso, bem como a sua condição de saúde e bem-estar estão dependentes de fatores intrínsecos e de fatores extrínsecos, estes últimos fortemente ligados ao processo de Supervisão e às competências/perfil do supervisor, relevando nestes competências do foro cognitivo e instrumental traduzidas em “ter conhecimentos; ser perito; realizar bem as técnicas” e em competências emocionais tais como: “ser disponível; ser honesto; ser frontal; ser compreensivo; ser responsável; saber interagir; ser motivador; ser imparcial; gostar de orientar alunos”.

Os estudantes relatam a supervisão como um fator fundamental à sua aprendizagem clínica, contribuindo para a sua tomada de decisão, autonomia e responsabilidade ao nível da prestação de cuidados, referindo o desempenho do supervisor como facilitador ou dificultador da sua condição de bem-estar e consequentemente do seu sucesso/insucesso escolar.

O Supervisor deve assim procurar estar atento às necessidades formativas, às motivações, às capacidades e competências do estudante de forma a adequar a sua intervenção e comunicação à sua singularidade.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos que parcerias para a excelência na saúde?* Coimbra: Formasau, 2003.
- ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico.* Coimbra: Formasau, 2007.
- ALARCÃO, I. Escola reflexiva e supervisão. In: UNIESEP. *I Congresso Internacional de Supervisão Clínica: da qualidade da formação à certificação de competências - livro de comunicações e resumos.* Porto: ESEP, 2011, pp. 12-13.
- ALMEIDA, T. *Contributos da Supervisão na Gestão: o Stress dos alunos em ensino clínico.* Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* 4ªed. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BENEDITO, V., FERRER, V. e FERRERES, V. *La Formación universitaria a debate.* Barcelona: Universidad de Barcelona e Editorial Gráfica Nueva, 1995.
- CARVALHAL, R. *Parcerias na Formação, Papel dos orientadores clínicos: Perspetivas dos atores.* Loures: Lusociência, 2003.

HOPSON, B. Response to papers by Schlossberg, Brammer and Abrego. *The Counseling Psychologist*. 1981, 9, 36-40.

MCKENNA, L. e Wellard, S. Mothering: An unacknowledged aspect of undergraduate clinical teachers work in nursing. *Advances in Health Sciences Education*. 2009, 14(2), 275-285.

MELEIS, A. I. *Theoretical nursing: Development & progress*. 4.^a ed. Filadélfia: Lippincott Williams e Wilkins, 2007.

MELEIS, A. I. Experiencing transitions: An emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*. 2000, 23(3), 12-28.

PIRES, R. M. et al. Supervisão clínica de alunos de enfermagem. *Sinais Vitais*. 2004, 54, 15-17.

RAMOS, M. F. A Preceptoria como estratégia de formação em estágio de enfermagem pediátrica. *Pensar Enfermagem*. 2003, 7(1), 3-12.

Acompanhamento dos Estudantes / Supervisão

Isilda Ribeiro¹ & Luís Carvalho²

¹ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor adjunto.

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador.

Autor correspondente: **Isilda Ribeiro** (isilda.ribeiro@esenf.pt)

Resumo

Problemática: A formação inicial em Enfermagem envolve duas componentes essenciais: teórica e prática, que se articulam e se vão complementando ao longo dos quatro anos de formação académica. Enquanto a primeira aprendizagem decorre nas escolas superiores de Enfermagem, a segunda normalmente é nas instituições de saúde. Esta componente prática inclui os estágios do 4.º ano do curso de licenciatura em Enfermagem, que envolve estudantes e docentes das escolas superiores de Enfermagem e enfermeiros da prática clínica onde decorrem os estágios, designados por tutores. A motivação e justificação, para estudar esta temática, encontram-se na necessidade de reflexão acerca do acompanhamento dos estudantes/supervisão e do papel do tutor. **Metodologia:** Optámos pelo modo de investigação um estudo de caso único, centralizando a nossa atenção no acompanhamento dos estudantes numa Escola Superior de Enfermagem da região Norte, em ensino clínico. Recorremos à observação participante, diários de aprendizagem e *focus group*. Dos dados recolhidos através da observação participante e do *focus group* emergiu o domínio “acompanhamento dos estudantes”, a partir do qual foi possível construir a taxonomia: como categorias e subcategorias, respetivamente: apoio: tutor, docente e equipa de enfermagem e papel do tutor: orientar, servir de espelho, prestar atenção e encorajar. **Relevância e pertinência do trabalho para a área de pesquisa:** Contribuir para um modelo de formação clínica onde o tutor é um profissional experiente, mais velho, que fica responsável pela formação do estudante. Um fator preocupante para os investigadores e mencionado por vários autores é a qualidade do acompanhamento dos estudantes, considerada por muitos como fator determinante para o sucesso do processo ensino/aprendizagem em contexto da prática clínica. Esta partilha de uma relação de parceria entre a escola e a instituição de saúde onde decorre o estágio, entre a teoria e a prática, entre docente/tutor e estudante, são essenciais na formação e no desenvolvimento de competências pelo estudante. Para além das questões relacionadas com o acompanhamento dos estudantes em contexto da prática clínica pelos tutores, existe ainda a questão da supervisão feita pelos docentes das escolas de Enfermagem. Apesar de desempenharem papéis diferentes, não são opostos, os seus papéis complementam-se numa relação de parceria, com vista a atingir o mesmo objetivo: o desenvolvimento profissional e humano do estudante, ou seja, o

desenvolvimento de competências nas diferentes áreas do saber. **Relação com a produção da área:** O apoio do tutor na perspectiva do docente e comungada pela opinião dos estudantes é considerado um momento privilegiado, de reflexão, comunicação, visando o desenvolvimento de competências no estudante, e deve promover neste uma atitude de confiança, empatia e responsabilidade pela qualidade do ensino. O apoio do docente aborda a perspectiva da dimensão relacional e a importância da presença do docente no local de estágio como continuidade da escola. Embora, os estudantes considerem os enfermeiros da prática de cuidados como exemplo, também é de referir a alusão feita pelos tutores no sentido de que a presença do docente no local de estágio é um referencial, exercendo forte influência sobre a construção da identidade do estudante enquanto futuro profissional.

Palavras-chave: Acompanhamento dos estudantes; supervisão; tutor; docente.

Abstract

Problem: The initial training in nursing involves two essential parts: theoretical and practical, working and complementing themselves over the four years of academic training. While the first theoretical concepts are learned in higher schools of nursing, the practical concepts are typically trained in health institutions. This practical component includes clinical practices in the fourth year of the Nursing degree course, which involves students, teachers and nurses, known as tutors, in clinical practice. The motivation and justification to study this issue is the need of reflection about students monitoring and supervision and the role of the tutor in the learning process. **Methodology:** A single case study research was used in this study, centering our attention on monitoring students in clinical practices, attending a school of Nursing in the north region of Portugal. Participant observation design was used, as well as learning diaries and focus group. From the data collected through participant observation and focus group emerged the domain “follow-up of students”, from which it was possible to build the taxonomy, categories and subcategories, respectively: support: tutor, lecturer and nursing team and tutor’s role: guide, serve as a mirror, watching and encouraging. **Relevance for practice:** The study contributes to a clinical training model where tutors are experienced professionals, older, responsible for the students training. A worrying factor for researchers, and mentioned by several authors, is the quality of students monitoring, considered by many to be the determining factor for the success of teaching/learning process in the context of clinical practice. This sharing of a partnership between schools and health institutions where clinical practices occur, between theory and practice, between teacher, tutor and student, are essential in training and development of skills by students. In addition to the issues related to tutor’s monitoring of students in clinical practice contexts, there is still the issue of supervision by teachers of nursing schools. Although playing different roles, their performance is complementary to each other in a spirit of partnership, trying to achieve the same goal: the professional and human development of students, namely, the development of skills in different areas of knowledge. **Connection with the state of the art:** The tutor support, from the teacher and student point of view, is considered a privileged moment for reflection and communication, aiming at the development of students’ skills and must promote in them a trustworthy emphatic and responsible attitude enhancing the quality of the learning process. The support of the teacher addresses the perspective of the relational dimension and the importance of their presence in clinical practices context as

an extension of the school. Although students consider nurses in clinical contexts as an example, it is also worth of note that tutors mention that the presence on-site of a teacher in clinical practices is a benchmark, exerting strong influence on the construction of student's identity as a future professional

Keywords: Monitoring of students; supervision; tutor; teacher.

Introdução

A formação inicial em Enfermagem envolve duas componentes essenciais: teórica e prática, que se articulam e se vão complementando ao longo dos quatro anos de formação académica. Enquanto a primeira aprendizagem decorre nas escolas superiores de Enfermagem, a segunda normalmente é nas instituições de saúde. Esta componente prática inclui o estágio do 4.º ano do curso de licenciatura em Enfermagem (CLE), que envolve estudantes e docentes das escolas superiores de Enfermagem e enfermeiros da prática clínica onde decorrem os estágios, designados por tutores. Estes enfermeiros, tutores, que desempenham o papel de orientadores pedagógicos, figura criada pelo Decreto-Lei n.º 166 de 05/08/1992, passam a supervisionar os estudantes em colaboração com os docentes responsáveis pelo estágio.

No desenvolvimento deste trabalho, surge o acompanhamento dos estudantes, modelo tutorial, como um processo mediador e de suporte das aprendizagens, fundamentado no acompanhamento e orientação sistemáticos e permanentes dos estudantes (Abreu 2003a). Refletir acerca do acompanhamento dos estudantes e do papel do tutor implica abordar o conceito de supervisão.

Neste contexto Alarcão e Tavares (2007) consideram que a supervisão é um “processo em que um docente, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro docente ou candidato a docente no seu desenvolvimento humano e profissional” (p. 16). Este conceito, embora criado para o contexto da formação de professores, pode ser generalizado e aplicado à supervisão em Enfermagem.

No entender dos investigadores e partilhando a opinião da autora (Pinto 2011), a supervisão clínica “é uma estrutura e um método revestido de princípios de prática reflexiva” (p. 96).

Em Portugal o termo mentor é frequentemente substituído por tutor, sendo esta a designação que damos no estudo aos enfermeiros da prática clínica, que orientam, acompanham, supervisionam e avaliam os estudantes em contexto clínico, opinião partilhada por Abreu (2007).

Ao tutor compete a responsabilidade de “orientação, monitorização e avaliação de estudantes em contexto clínico” (Abreu 2007, p. 189), ou seja, conceito relacionado com a supervisão a nível da formação inicial dos enfermeiros: *mentorship*. Quando falamos de acompanhamento dos estudantes estamos a mencionar o processo de acompanhamento clínico: *mentorship*, uma vez que a aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional do estudante é supervisionado por enfermeiros da prática clínica experientes.

Tendo em conta a relação que se estabelece entre o tutor e o estudante, facilmente se compreende que diversos autores (Abreu 2003a; Alarcão e Tavares 2003; Golhammer, Anderson e Krajewski 1993, entre outros) considerem que o tutor é uma peça fundamental no acompanhamento dos estudantes da prática pedagógica e clínica, que atua como um fator facilitador ou dificultador do desenvolvimento profissional e humano do estudante durante o estágio.

Um fator preocupante para os investigadores e mencionado por vários autores (Abreu 2003a; Alarcão e Tavares 2003; Alarcão 1996; Albuquerque, Graça e Januário 2005, entre outros) é a qualidade do acompanhamento dos estudantes, considerada por muitos como fator determinante para o sucesso do processo ensino/aprendizagem em contexto da prática clínica (Caires e Almeida 2001). Esta partilha de uma relação de parceria entre a escola e a instituição de saúde onde decorre o estágio, entre a teoria e a prática, entre docente/tutor e estudante, são essenciais na aprendizagem e no desenvolvimento de competências pelo estudante (Ramos 2003). No entanto, o estudante passa grande parte do seu tempo de estágio com o tutor, pelo que é este, o principal modelo para os estudantes (Basto 1995).

Neste sentido e partilhando da opinião da autora a seleção dos tutores deve ser feita de forma criteriosa, ou seja, devem ter formação profissional e pedagógica sólida e atualizada para em conjunto com os docentes orientarem, acompanharem, supervisionarem e avaliarem os estudantes “de uma forma mais segura, fundamentada e sistemática, [...] com uma maior disponibilidade pessoal e profissional” (Carvalho 2003, p. 178), promovendo a aprendizagem no CLE.

Metodologia

Optámos pelo modo de investigação um estudo de caso único (Yin 2005), centralizando a nossa atenção no acompanhamento dos estudantes do 4.º ano do CLE em estágio de integração à vida profissional (IVP)/Opção no ano letivo 2010/2011 na ESEP e terem sido sujeitos à observação participante. Recorremos à observação participante, diários de aprendizagem e *focus group*.

O *focus group* foi realizado a três grupos distintos de participantes no estudo: os tutores que colaboram com a ESEP no acompanhamento, supervisão e avaliação dos estudantes do 4.º ano em estágio de IVP/Opção (N=6), os docentes que pertencem ao quadro de pessoal da ESEP e tenham orientado estudantes em estágio de IVP/Opção (N=9) e os estudantes do 4.º ano (N=12). O grupo foi composto por um total de 27 participantes, dos quais 22 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino.

Análise dos resultados

Dos dados recolhidos através da observação participante e do *focus group* emergiu o domínio “acompanhamento dos estudantes”, a partir do qual foi possível construir a taxonomia: como categorias e subcategorias, respetivamente: apoio: tutor, docente, equipa de enfermagem e colegas e papel do tutor: orientar, servir de espelho, prestar atenção e encorajar, que se apresenta no quadro n.º 1.

Quadro 1 – Taxonomia do domínio “acompanhamento dos estudantes”

Domínio	Categorias	Subcategorias
Acompanhamento dos estudantes	Apoio	Tutor
		Equipa de Enfermagem
		Docente
		Colegas
	Papel do tutor	Orientar
		Servir de espelho
		Prestar atenção
		Encorajar

No processo de codificação efetuada no domínio do “acompanhamento dos estudantes”, considera-se as categorias: apoio e o papel do tutor. É de referir que no *focus group* dos estudantes, na categoria apoio emergiu mais uma subcategoria, uma vez que os estudantes valorizaram também o apoio dos colegas. Na observação participante, no *focus group* dos tutores e docentes apenas sobressaiu as subcategorias: tutor, equipa de Enfermagem e docente.

Na categoria Apoio – a supervisão constante do tutor e/ou docente orientador que poderá ser um apoio incondicional e facilitador no seu processo ensino/aprendizagem ou poderá funcionar como um obstáculo ao desenvolvimento de competências, perante supervisões demasiado controladoras. Assim, o apoio, a disponibilidade, a compreensão e a presença de uma boa relação com os seus alvos da supervisão, permite que o estudante adquira segurança, autonomia e responsabilidade.

Na subcategoria “tutor”, verifica-se que quer estudantes, tutores e docentes consideram o relacionamento, a relação empática, a disponibilidade, a compreensão e a relação de ajuda apoios importantes, facilitadores do processo ensino/aprendizagem e crescimento do estudante em Enfermagem. No entanto constata-se a insatisfação de alguns estudantes em relação à falta de apoio do tutor e à pressão que alguns exercem no estudante, sendo um obstáculo no processo de aprendizagem.

No processo de codificação efetuada, na categoria “papel do tutor”, considerando os pressupostos de Glickman (1985) é de referir que as diferentes subcategorias mencionadas anteriormente estão sempre presentes na observação participante, havendo diferenças nos diferentes *focus group*. Para o *focus group* dos tutores emergiu: “orientar” e “servir de espelho”; para o *focus group* dos docentes sobressaiu: “servir de espelho” e “encorajar”; no *focus group* dos estudantes não foi feita qualquer alusão à categoria “papel do tutor”.

A subcategoria “orientar” resultou de modo significativo do papel que o tutor desempenha e das estratégias utilizadas para orientar o estudante, mostrando-lhe o caminho a seguir, a atitude de mais correta, alertando, esclarecendo dúvidas, mostrando disponibilidade e observando. É de referir que no *focus group* dos docentes não houve alusão à subcategoria orientar.

A subcategoria “servir de espelho” resultou de modo significativo do papel que o tutor desempenha e das estratégias utilizadas, na forma como o tutor é referenciado pelos estudantes como um modelo a seguir.

A subcategoria “prestar atenção” resultou da observação participante e da relevância que os estudantes colocaram ao papel que o tutor desempenha e das estratégias utilizadas, na forma como presta atenção, é observador e está atento às práticas dos cuidados, às atitudes, ao “saber-estar” dos estudantes. É de referir que nos diferentes *focus group* dos estudantes, tutores e docentes não houve alusão à subcategoria “prestar atenção”.

A subcategoria “encorajar” resultou da observação participante e da relevância que os estudantes colocaram ao papel que o tutor desempenha e das estratégias utilizadas, na forma como estimula dando reforços positivos ao estudante. É de referir que nos *focus group* dos estudantes e dos tutores não houve alusão à subcategoria “encorajar”.

Discussão dos resultados: É de extrema importância a relação que se estabelece em estágio entre estudante e tutor, porque estes ajudam os estudantes a controlar possíveis dificuldades intrínsecas ao processo de formação e desenvolvimento do estudante em contexto da prática clínica, atendendo à singularidade de cada estudante (Garrido 2005).

É de realçar o apoio do tutor como influência positiva: na relação empática estabelecida entre o tutor e o estudante; na disponibilidade e na compreensão deste para com o estudante; na colaboração do tutor com a ESEP há algum tempo, como uma mais-valia, no sentido em que lhe permite conhecer a filosofia da escola, seus objetivos e valores. Assim, os tutores, enfermeiros da prática, nos seus procedimentos por mais básicos que sejam, influenciam sempre o estudante (Granero-Molina, Fernández-Sola e Aguilera-Manrique 2009). O apoio do tutor na perspetiva do docente e comungada pela opinião dos estudantes é considerado um momento privilegiado, de reflexão, comunicação, visando o desenvolvimento de competências no estudante, e deve promover neste uma atitude de confiança, empatia e responsabilidade pela qualidade do ensino (Simões e Garrido 2007).

No entanto temos alguns testemunhos de docentes a referir a falta de apoio por parte dos tutores e a importância do cuidado na seleção do tutor, pois por vezes o tutor até pode ser um excelente profissional na prática clínica mas em termos de atitudes de valores não estar de acordo com o preconizado pela ESEP.

Conclusões

Depois da análise feita no referencial teórico sobre o perfil do enfermeiro que a ESEP deseja formar e uma vez que parte desta investigação ocorreu em estágio de IVP/Opção no CLE da ESEP, o acompanhamento em estágio será sempre imprescindível para os estudantes durante o cumprimento do mesmo, pelo que o modelo do docente/tutor pelas suas atitudes são uma referência na aprendizagem. É de mencionar a referência feita por parte dos tutores, no sentido de relevarem a presença assídua do docente para partilharem dificuldades e identificarem estratégias pedagógicas facilitadoras do ensino/aprendizagem.

No âmbito do domínio do “acompanhamento dos estudantes” verificamos que na categoria “papel do tutor”, os intervenientes no estudo consideram importante o “orientar”, o “servir de espelho”, o “prestar atenção” e o “encorajar” como imprescindível para a sua aprendizagem no CLE, ou seja, é importante o apoio dos tutores. O enfermeiro tutor, não é só enfermeiro, é enfermeiro com valor acrescido, ou seja, deve ser um enfermeiro não só com conhecimentos e competências inerentes à profissão, mas também com o domínio dos conteúdos programáticos da ESEP, o que implica realizar ações de formação aos tutores, no sentido de colmatar algumas dificuldades sentidas de forma a deterem um conjunto de outras competências, que permitam mediar a aprendizagem dos estudantes do CLE (Paiva 2008).

Referências bibliográficas

- ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- ABREU, W. *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau, 2003.
- ALARCÃO, I., org. *Formação reflexiva de professores. Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora, 1996.
- ALARCÃO, I. *Supervisão de professores e inovação profissional*. Aveiro: CIDInE, 1995.
- ALARCÃO, I. e TAVARES, J. *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina, 2007.

ALARCÃO, I. e TAVARES, J. *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2.^a ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CARVALHAL, R. *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspetivas dos atores*. Loures: Lusociência, 2003.

CAIRES, S. e ALMEIDA, L.S. O estágio como um espaço de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais: O papel da supervisão. In: A. Gonçalves, L.S. Almeida, R. Vasconcelos e S. Caires, ed. *Universidade para o mundo do trabalho*. Braga: Universidade do Minho, 2001, pp. 227-246.

GLICKMAN, C. D. *Supervision of instruction: A developmental approach*. Boston: Allyn and Bacon, 1985.

GRANERO-MOLINA, J., FERNÁNDEZ-SOLA, C. e AGUILERA-MANRIQUE, G. Applying a socialisguistic model to the analysis of informed consent documents. *Nursing Ethics*. 2009, **16**(6), 797-812.

Supervisão clínica em enfermagem: uma análise exploratória no contexto de uma UCI Neurocríticos

Marta Carvalho¹; Wilson Abreu² & Sandra Cruz³

¹ Centro Hospitalar de São João, E.P.E., Enfermeira.

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador principal.

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor adjunto.

Autor correspondente: **Marta Carvalho** (martenf711@gmail.com)

Resumo

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é ainda uma área de desenvolvimento em Portugal. Associada à qualidade dos cuidados e ao desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, a SCE encontra-se também associada a processos de gestão da qualidade das instituições de saúde. O ponto de partida do estudo agora apresentado baseia-se no reconhecimento da SCE como processo formal e estruturado de suporte profissional. O estudo de natureza qualitativa realizado teve como questão de partida “Em que medida, na perspetiva dos enfermeiros, a Supervisão Clínica em Enfermagem pode suscitar ganhos para a qualidade e segurança das práticas clínicas dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCIN)?”. Como objetivos estabeleceram-se: analisar a opinião dos enfermeiros sobre a importância da SCE no contexto da UCIN; identificar as funções e estratégias da SCE que os enfermeiros da UCIN valorizam para a melhoria dos cuidados prestados e aumento da segurança dos doentes; indicar estratégias para a implementação de uma estrutura local de SCE. Da análise efetuada concluiu-se que os entrevistados associam a SCE à dimensão da qualidade e segurança dos cuidados, mas também ao facto de corresponder a um processo formal. Foi verificada alguma ambiguidade na distinção entre SCE e supervisão de estudantes. Salienta-se ainda a relação que emerge entre a SCE e os ganhos na prática clínica. Das funções da SCE adotadas no modelo de Proctor, os entrevistados consideraram a função formativa a mais importante no momento atual da UCIN. As estratégias de SCE e as características do supervisor identificadas possibilitaram também uma maior perceção dos conhecimentos dos entrevistados nesta área específica. As referências à estrutura e organização das sessões e às características destas permitiram a identificação de como se deve estruturar a SCE. De acordo com os dados recolhidos relativamente à organização, estrutura e benefícios que advêm da aplicação prática da SCE, foi possível elaborar uma estrutura para aplicação local da SCE.

Palavras-chave: Supervisão clínica; enfermagem; supervisão clínica em enfermagem; UCI Neurocríticos.

Abstract

Clinical Supervision in Nursing (CSN) is still a developing area in Portugal. Associated with quality of care and personal and professional development of nurses, CSN is also associated with the processes of the quality management of health institutions. The starting point of this study is based on the recognition of CSN as structured and formal process of professional support. This is in essence a qualitative study and was conducted as a starting question: "To what extent, in the perspective of nurses, the Nursing Clinical Supervision may be beneficial for the quality and safety of nurses' clinical practice in the neurocritical intensive care unit (NICU)?" In this regard, one has established as study objectives: to analyze nurses' opinion on the importance of CSN in the context of NICU; identify the functions of the CSN that the NICU nurses consider important to the improvement of care and the increase of patient safety; identify strategies that maximize gains for clinical practice of nurses in NICU and that are capable of incorporating a local structure of CSN; identify strategies for implementing a local structure of CSN. Content analysis concludes that respondents associate CSN not only to the improvement of the quality and care safety, but also to the fact that it matches a formal process that has been suffering changes regarding its conceptual perception. It was found some ambiguity in the distinction between CSN and supervision of students. Note also the relationship that emerges between CSN and gains in clinical practice. Among the recognized functions of CSN adopted by Proctor, the formative function was considered the most important at the present moment of NICU. The CSN strategies and the identified characteristics of the supervisor enable a greater perception of respondents' knowledge in this specific area. The references to the structure and the organization of sessions and their characteristics allow identification of how to structure the CSN. Thus, after the identification of the data provided by respondents regarding the organization, structure and benefits that may arise from practical application of CSN, it is considered that the local structure of CSN proposed in this study may contribute to improving patient care and safety in the practice of the NICU nurses.

Keywords: Clinical supervision; nursing; clinical supervision in nursing; Neurocritical ICU.

Qualidade, Enfermagem e Supervisão Clínica

As origens da supervisão clínica remontam aos inícios do séc. XX (Hyrkäs 2002), apesar de que, no contexto da enfermagem, apenas em meados desse século é que se começou a integrar este processo na prática dos cuidados, tendo-se iniciado nessa altura uma investigação mais sistematizada sobre este assunto.

À medida que se foram desenvolvendo os processos de reflexão sobre SCE apareceram diferentes conceções de supervisão relacionadas com diversos olhares sobre o processo supervivo. Diferentes experiências, conceitos e modelos foram desenvolvidos como forma de diminuir a possível confusão epistemológica entre a SCE e outros processos, como orientação de estudantes ou governação clínica.

Vários são os autores que apontam para a importância da SCE enquanto processo do qual resultam subsídios para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, assim como para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros (Cruz 2008, 2011; Hyrkäs 2012; Abreu 2007).

A qualidade é atualmente um atributo indispensável nas mais diversas práticas, sobretudo na área da saúde. Pode referir-se que a qualidade em saúde se deve basear na identificação das necessidades dos clientes e sua satisfação e não apenas na sua procura (Biscaia e Pisco 2001). Por sua vez, a qualidade dos cuidados de enfermagem pode ser avaliada através de padrões de qualidade propostos quer pelas instituições de saúde, quer pela Ordem dos Enfermeiros (OE), quer pelos próprios profissionais, não desvalorizando a importância associada ao cliente dos cuidados de enfermagem.

A OE na sequência de diversas pesquisas efetuadas no País, reconheceu a importância da SCE como processo que pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e trazer ganhos para as práticas de enfermagem, definindo o Modelo de Desenvolvimento Profissional.

Na literatura atual identificam-se várias definições de SCE. Opta-se agora por apresentar algumas das definições existentes. Abreu (2007, p. 177) define SCE “como um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão”. Abreu (2007) refere ainda que a SCE “contribui para o aumento da qualidade dos cuidados, da segurança do utente e da satisfação profissional” (p. 177). Hyrkas (2012) aponta para a importância da SCE enquanto processo através do qual resultam subsídios para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, assim como para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Por sua vez, na visão da OE (2010) a SCE é entendida como um “(...) processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (p. 5).

A SCE remete para práticas profissionais de qualidade, fornecendo apoio e suporte aos profissionais de enfermagem, no sentido de proporcionar cuidados progressivamente mais seguros. Ao permitir que os profissionais reflitam de forma partilhada sobre as suas práticas e problemas do seu exercício profissional, a SCE pode resultar em aumento de competências dos profissionais e em cuidados de maior qualidade. A investigação demonstra também que se pode associar a SCE ao aumento da satisfação profissional e à diminuição da ansiedade e stresse (Abreu 2007; Proctor 2006; Brunero e Stein-Parbury 2008).

Para que seja possível o desenvolvimento da enfermagem, e nomeadamente o crescimento da supervisão clínica nesta área do conhecimento é importante definir modelos que se possam constituir como orientações específicas e estruturadas com vista a que os objetivos sejam atingidos. Grande parte dos modelos varia na filosofia e teoria adotadas.

O modelo de Proctor (1986) é provavelmente, o mais citado na literatura de enfermagem, sendo o modelo no qual o investigador se baseou para a realização do estudo que aqui se apresenta. O modelo de Proctor consiste num modelo interativo de três funções:

- **Formativa ou educacional** que diz respeito ao desenvolvimento de competências e habilidades no supervisionado, com base na reflexão da sua prática e o desenvolvimento de uma prática de enfermagem baseada em evidência (Winstanley e White 2003).
- **Normativa, directiva ou administrativa** é um elemento crucial de controlo de qualidade em todos os contextos de trabalho; promove e cumpre protocolos e procedimentos, desenvolvendo standards e contribuindo, assim, para a auditoria clínica (Winstanley e White 2003).

- Restaurativa ou de suporte permite perceber e gerir o stresse emocional inerente à prática de enfermagem (Winstanley e White 2003).

O estudo agora apresentado foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCIN). As UCIs, serviços de prestação de cuidados personalizados a doentes em estado crítico, onde são prestados cuidados complexos, implicando reflexão nas práticas e capacidades técnicas muito desenvolvidas. Os enfermeiros de cuidados intensivos estão frequentemente sujeitos a elevado stresse, consequência do próprio serviço onde executam funções, mas também das patologias e estado crítico dos doentes a quem prestam cuidados. Neste caso específico são prestados cuidados principalmente a doentes com patologia neurocirúrgica.

Metodologia

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

De acordo com o fenómeno em estudo utilizou-se o paradigma naturalista ou qualitativo. Neste caso específico o trabalho realizado centrou-se na metodologia:

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

A colheita de dados foi efetuada através de uma entrevista semiestruturada. Os conhecimentos que os participantes possuíam sobre a problemática da supervisão não foram ampliados ou aprofundados.

Os objetivos definidos para este estudo foram:

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

A recolha dos dados decorreu entre os meses de fevereiro e março de 2012. A transcrição das entrevistas foi concretizada imediatamente após a realização das mesmas. Terminada a transcrição procedeu-se à análise de conteúdo dos dados recolhidos.

Os participantes foram 10 elementos de entre os profissionais de enfermagem da UCI Neurocríticos do Centro Hospitalar São João E.P.E., escolhidos de forma intencional e de acordo com critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Todos os procedimentos éticos relativos à confidencialidade e anonimato dos participantes foram mantidos, bem como foi pedida autorização à Comissão de Ética do CHSJ para a realização deste estudo.

Análise e discussão dos resultados obtidos

A SCE, na perspetiva dos entrevistados, relaciona-se com a melhoria da qualidade dos cuidados na UCIN. A aplicação da SCE assenta num processo formal, baseado em normas de atuação estabelecidas que vão favorecer a aplicação prática da SCE, por tornar o processo tanto mais uniforme e semelhante quanto possível, concorrendo para o atingimento dos objetivos da SCE. A sistematização das intervenções de enfermagem, o aumento da segurança dos cuidados e a estimulação e/ou procura de uma prática reflexiva são ainda condições concorrentes para a definição de SCE referidas pelos entrevistados. No estudo realizado foi notória uma certa ambiguidade na definição do conceito de SCE pelos entrevistados, nomeadamente no âmbito da supervisão de estudantes.

Ressalva-se também a importância associada entre a melhoria dos conhecimentos e das competências, a sistematização dos cuidados, a redução do erro, a reflexão e o feedback e a aplicação da SCE, que resulta em ganhos na qualidade dos cuidados de enfermagem. Segundo os entrevistados, os ganhos em matéria de qualidade dos cuidados assentam na verificação dos pressupostos anteriores. Verificou-se que a aplicação da SCE, na visão dos entrevistados, se relaciona com a melhoria de conhecimentos e competências a nível profissional, resultando em melhoria de cuidados prestados. Por outro lado, os entrevistados consideram que os erros são condições que inviabilizam o atingir da qualidade nos cuidados, podendo ser reduzidos a partir da reflexão na prática. A prática reflexiva é valorizada pelos entrevistados pois pode associar-se à promoção do crescimento profissional, permitindo perceber o que os profissionais fazem na prática e porque o fazem. Associado ainda à reflexão na prática encontra-se o *feedback* ao favorecer, na visão dos entrevistados, a relação entre o serviço, os profissionais e o supervisor, ao mesmo tempo que auxilia a comunicação.

Para além do referido anteriormente, a SCE pode ser também identificada segundo as funções que possui. As funções identificadas foram categorizadas de acordo com as funções predefinidas por Proctor (1986). Das três funções propostas, a função formativa (referida pelos entrevistados por se encontrar relacionada com o crescimento profissional devido à possibilidade de desenvolvimento de conhecimentos e competências) foi a que obteve maior valorização por parte dos entrevistados. Segundo estes, isto decorreu do estadió de desenvolvimento em que se encontrava a equipa da UCIN no momento de realização deste estudo. A vertente normativa foi associada à reflexão nos cuidados e à melhoria dos mesmos como consequência da normatização das práticas, da criação e aplicação de protocolos. Centrada na gestão e na avaliação dos mesmos, foi considerada pelos entrevistados, fundamental para a evolução da enfermagem. A redução do *stress*, da ansiedade e *burnout*, o aumento do sentimento de pertença e a melhoria da qualidade das relações interpessoais são referências dos entrevistados à função restaurativa da SCE.

Relativamente às estratégias de SCE identificadas, ressalva-se, por um lado, a identificação do momento da passagem de turno como momento para a realização de sessões de SCE, e por outro, a vontade dos profissionais em participarem ativamente na formação e em realizarem formação em contexto de trabalho. Foram ainda referidas como estratégias de SCE o reforço positivo, a observação, a discussão de assuntos problemáticos e o acompanhamento dos profissionais na prática clínica.

Relativamente às características do supervisor, os entrevistados valorizam características relacionadas com os conhecimentos, a capacidade de mobilização pessoal dos conhecimentos

e de ajudar os restantes elementos a mobilizar os conhecimentos, o ter formação na área da UCIN, mas também da SCE e o possuir conhecimentos científicos. O pensamento crítico também é valorizado pela sua associação a questões relacionadas com a capacidade de análise, de orientação, reflexiva e avaliativa.

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

Quanto à periodicidade, duração e número de participantes de cada sessão, os entrevistados referem várias opções, estando também dependentes do objetivo de cada sessão.

Conclusão

A pertinência da supervisão clínica é cada vez mais discutida em enfermagem, sendo cada vez mais um instrumento de reconhecimento e valorização da profissão e dos profissionais de enfermagem. Enquanto área tão abrangente, consideram-se úteis várias abordagens nomeadamente a aplicação de um efetivo modelo de supervisão clínica num serviço ou em alguns serviços hospitalares e posteriormente verificar-se se os resultados obtidos correspondem ou não aos referidos no âmbito teórico da fundamentação da SCE. É ainda fundamental que a SCE se ajuste às particularidades das organizações e seja suficientemente flexível para poder ser interpretada a nível das unidades de cuidados. Estudos que demonstram que a supervisão clínica pode contribuir para o desenvolvimento e para a promoção da profissão de enfermagem com base em estratégias de suporte e reflexão, visando o desenvolvimento dos enfermeiros.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. C. *Formação e aprendizagem em Contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- BISCAIA, J. L. e PISCO, L. Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001, vol. 2, 43-51.
- BRUNERO, S. e STEIN-PARBURY, J. The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2008, 25(3), 86-94.
- CRUZ, S. A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto de enfermagem avançada. *Servir*. 2008, 56, 112-118
- CRUZ, S. Clinical supervision in nursing: effective pathway to quality. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*. 2011, 29, 286 – 291
- HYRKÄS, K. *Clinical supervision and quality care*. Dissertação de Mestrado, University of Tampere, Finlândia, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Caderno temático: Modelo de desenvolvimento profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: OE, 2010 [consultado dezembro 2011]. Disponível em: <http://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos1.pdf>

PROCTOR, B. Supervision: A co-operative exercise in accountability. In: *Enabling and ensuring: Supervision in Practice*. Leicester: [s. ed.], 1986.

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

WINSTANLEY, J. e WHITE, E. Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*. 2003, **10**(4), 7-38.

Idoneidade formativa de contextos de prática clínica de enfermagem – análise de contextos clínicos à luz do referencial de avaliação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica

Júlia M. Alexandre¹ & Patrícia I. Mourão Santos²

¹ Hospital de Faro, EPE, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

² Hospital de Faro, EPE, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

Autor correspondente: **Júlia Alexandre** (julia.m.alexandre@gmail.com)

Resumo

O referencial proposto para avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica de Enfermagem (CPCE) assenta nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo o enunciado relativo à organização dos cuidados de Enfermagem o eixo organizador das diferentes dimensões a considerar na Acreditação da Idoneidade Formativa dos CPCE. A partir do referido referencial desenvolveu-se a avaliação diagnóstica de dois CPCE pertencentes à mesma instituição de saúde. Com base nos resultados obtidos, concluímos que ambos os contextos não seriam acreditados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no entanto acredita-se que poderão ser desenvolvidas estratégias no sentido de potenciar os contextos analisados a constituírem-se ambientes favoráveis à aprendizagem e desenvolvimento profissional dos enfermeiros, assim como, a elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem e garantir a segurança dos mesmos.

Palavras-chave: Idoneidade formativa; qualidade de cuidados; segurança dos cuidados.

Abstract

The guidelines used to assess the training suitability of a ward with nursing staff are based on the statements of the quality standards of nursing. The statements regarding the organization of the nursing care are the central statements to be considered for the accreditation of wards with nursing staff. An assessment of two wards with nursing staff in the same health-care institution was developed having as a reference the guidelines of the Ordem dos Enfermeiros (nursing national regulatory body). The analysis of the results determined that Ordem dos Enfermeiros would not accredit both wards. However, it is possible to implement strat-

egies to develop the wards and provide an appropriate learning environment where nurses can grow professionally and that also increases the quality and safety of the nursing care.

Keywords: Training suitability; quality of care; safety of care.

Enquadramento teórico e finalidade da comunicação

A prestação de cuidados de saúde de qualidade tem-se constituído um importante objecto de estudo nas instituições de saúde. No que diz respeito à Enfermagem, tem-se verificado desde a década de 90 o intuito da OE em introduzir estratégias que reforcem e assegurem o desenvolvimento profissional e a qualidade do exercício profissional, nomeadamente com a criação do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP). Um dos requisitos à operacionalização do MDP é a Acreditação da Idoneidade Formativa dos CPCE para que as Unidades de Saúde, onde os enfermeiros desenvolvem o seu trabalho, possam ser palco para estudantes e enfermeiros realizarem o Exercício Profissional Tutelado e o Desenvolvimento Profissional Tutelado.

Neste contexto, a implementação do processo de Supervisão Clínica em Enfermagem na prática clínica e análise do seu impacto na qualidade dos cuidados assume-se como uma questão de interesse internacional, mas também, como um grande desafio para o processo de melhoria dos cuidados e para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros em cada contexto de trabalho.

Quando se fala em Idoneidade Formativa dos CPCE apela-se às características que os contextos têm ou deverão ter para que se possam prestar cuidados de enfermagem de qualidade e desta forma socializar os enfermeiros em contextos de prática adequados e numa cultura de prestação de cuidados e de desenvolvimento profissional compatível com os referenciais da profissão (Ordem dos Enfermeiros 2010a).

O referencial proposto para avaliação da Idoneidade Formativa dos CPCE assenta nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo o enunciado relativo à organização dos cuidados de Enfermagem o eixo organizador das diferentes dimensões a considerar na Acreditação da Idoneidade Formativa dos CPCE (Ordem dos Enfermeiros 2011). A Idoneidade Formativa dos CPCE constitui-se por isso como um critério proporcionador de ambientes favoráveis à qualidade e à segurança dos cuidados de Enfermagem, assim como à Supervisão Clínica.

Cabe então às instituições de saúde adequar os seus recursos e criar condições de idoneidade formativa para efeitos de reconhecimento e acreditação pela OE, que, por sua vez, é responsável pelo reconhecimento da idoneidade formativa dos CPCE e competências do supervisor clínico com base num referencial de acreditação, que engloba várias dimensões organizadas em diferentes critérios monitorizados através de indicadores obrigatórios e/ou de excelência.

É a partir do referido referencial que se desenvolverá a avaliação diagnóstica de dois CPCE pertencentes à mesma instituição de saúde. Com base nos resultados obtidos, poderão ser desenvolvidas estratégias no sentido de potenciar os contextos analisados a constituírem-se ambientes favoráveis à aprendizagem e desenvolvimento profissional dos enfermeiros, assim como, a elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem e garantir a segurança dos mesmos.

Com a presente comunicação pretende-se proporcionar um momento de reflexão e debate entre os participantes, partindo da análise dos contextos de prática clínica à luz do referencial desenvolvido pela OE. A partir do debate pretende-se estimular os Enfermeiros a realizarem a análise diagnóstica dos seus contextos de prática clínica e assim dinamizar a implementação do MDP e a Acreditação da Idoneidade Formativa dos CPCE.

Metodologia

Participantes

Para realização do diagnóstico de situação consideraram-se como participantes do estudo os informadores chave, os quais são elementos fundamentais, não só para esta etapa em concreto, mas também para a implementação e desenvolvimento de estratégias que visem a promoção da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica em causa. Assim constituíram-se como informadores chave duas Enfermeiras Coordenadoras de Departamentos, as Enfermeiras Chefes e as Enfermeiras responsáveis pela coordenação da formação em serviço dos contextos de prática clínica analisados.

Instrumentos

O instrumento de análise utilizado no estudo foi uma tabela de monitorização construída pelas Enfermeiras a partir do referencial desenvolvido pela OE para Avaliação da Idoneidade Formativa dos CPCE (Ordem dos Enfermeiros 2010b). Este instrumento tem por base os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde o enunciado relativo à “organização dos cuidados de enfermagem” é o eixo organizador das diferentes dimensões, as quais são consideradas no processo de acreditação da idoneidade formativa dos CPCE.

As dimensões constantes no referencial de avaliação preconizado pela OE e considerados no instrumento são: “quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem”, “sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”, “sistemas de informação e registos de enfermagem, organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão”, “satisfação profissional dos enfermeiros”, “dotações seguras em enfermagem”, “política de formação contínua de enfermeiros” e “metodologias de organização de cuidados de enfermagem”. Cada categoria considerada organiza-se em critérios, que são subdivididos em indicadores obrigatórios e de excelência a cumprir no 1.º triénio de implementação do processo de acreditação definido pela OE (abril 2011 a abril 2014), sendo que, foi a partir destes últimos que se realizou a avaliação dos contextos de prática clínica considerados.

Procedimentos

O instrumento referido anteriormente foi aplicado aos dois contextos de prática clínica em análise através de entrevistas informais aos informadores-chave.

Durante o estudo foram sempre garantidas a confidencialidade e anonimato das unidades prestadoras de cuidados, assim como dos participantes do estudo.

Análise dos resultados

Após a aplicação do instrumento de monitorização nos dois CPCE verificam-se resultados iguais, pelo que os valores constantes na tabela 1 não apresentam distinção por CPCE.

Tabela 1 – Monitorização de dois Contextos de Prática Clínica em Enfermagem

Dimensão 1 – Quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem						
N.º Critérios	N.º Indicadores obrigatórios	Cumpre	Não cumpre	N.º Indicadores de excelência	Cumpre	Não cumpre
2	3	2	1	2	1	1
Dimensão 2 – Sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros						
N.º Critérios	N.º Indicadores obrigatórios	Cumpre	Não cumpre	N.º Indicadores de excelência	Cumpre	Não cumpre
4	3	2	1	6	4	2
Dimensão 3 – Sistemas de informação em enfermagem, organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão						
N.º Critérios	N.º Indicadores obrigatórios	Cumpre	Não cumpre	N.º Indicadores de excelência	Cumpre	Não cumpre
2	1	1	0	2	2	0
Dimensão 4 – Satisfação profissional dos enfermeiros						
N.º Critérios	N.º Indicadores obrigatórios	Cumpre	Não cumpre	N.º Indicadores de excelência	Cumpre	Não cumpre
1	1	0	1	1	0	1
Dimensão 5 – Dotações seguras em enfermagem						
N.º Critérios	N.º Indicadores obrigatórios	Cumpre	Não cumpre	N.º Indicadores de excelência	Cumpre	Não cumpre
3	4	2	2	1	0	1
Dimensão 6 – Política de Formação Contínua de Enfermeiros						
N.º Critérios	N.º Indicadores obrigatórios	Cumpre	Não cumpre	N.º Indicadores de excelência	Cumpre	Não cumpre
2	4	4	0	2	1	1
Dimensão 7 – Metodologias de organização de cuidados de enfermagem						
N.º Critérios	N.º Indicadores obrigatórios	Cumpre	Não cumpre	N.º Indicadores de excelência	Cumpre	Não cumpre
1	2	2	0	2	1	1
Total						
N.º Critérios	N.º Indicadores obrigatórios	Cumpre	Não cumpre	N.º Indicadores de excelência	Cumpre	Não cumpre
15	18	13	5	16	9	7
Percentagem		72,2%	27,8%		56,25%	43,75

Ao analisar a tabela 1 constata-se uma elevada percentagem de indicadores que estão de acordo com o que é pretendido pela OE, tanto dos indicadores obrigatórios (72,2%) como dos indicadores de excelência (56,25%). No entanto, se para a Acreditação da Idoneidade Formativa dos CPCE analisados for exigido o cumprimento de 100% dos indicadores obrigatórios, ambas os CPCE não teriam acreditação.

Face a isto, importa perceber quais os indicadores obrigatórios que não foram cumpridos (tabela 2).

Tabela 2 – Indicadores obrigatórios não cumpridos

Dimensão	Indicadores obrigatórios não cumpridos
1	Participação informal dos Enf. do contexto da prática clínica na elaboração do plano de actividades
2	Formação realizada a pelo menos 10% dos Enf., relativa aos PQCE
4	Estabelecida forma de avaliação da satisfação dos Enfermeiros
5	Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE

Discussão dos resultados

Quando analisados os dois contextos constata-se que a maioria dos critérios do referencial previstos pela OE para a Idoneidade Formativa dos CPCE estão em conformidade. Verificou-se que em ambos os contextos existem conformidades e não conformidades nos mesmos indicadores de avaliação. Este facto deve-se a serem duas unidades de prática clínica de Enfermagem da mesma instituição em que muitos dos indicadores que se pretendem ver cumpridos fazem parte das directrizes de funcionamento da mesma. Daqui ressalta a importância do envolvimento das instituições para o desenvolvimento da idoneidade formativa dos contextos e a sua acreditação.

Alguns dos critérios verificados e que não estão em conformidade com o referencial considerado devem-se ao facto de ainda não se verificar a operacionalização do MDP, nomeadamente, os indicadores “Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificado pela OE”, ou “Respeito pelo rácio supervisando/número de enfermeiros do contexto de Prática Clínica”.

Os resultados encontrados revelam a importância de delinear estratégias que visem a concretização dos indicadores que ainda se encontram em não conformidade com o referencial, propondo-se para tal a realização de uma análise SWOT das duas unidades de prestação de cuidados analisadas.

Conclusões

A formação e a supervisão clínica devem ser encaradas como um projecto conjunto incluindo múltiplos atores: supervisados, supervisores clínicos e equipa multidisciplinar, tratando-se de um sistema complexo, envolvendo uma grande diversidade de instituições e múltiplos intervenientes, assim com as características dos CPCE.

O presente estudo permitiu realizar um diagnóstico de situação, constituindo-se assim como um ponto de partida para a promoção e desenvolvimento da idoneidade formativa dos CPCE, que neste caso concreto são as unidades de prestação de cuidados analisadas.

A partir do diagnóstico elaborado e segundo a análise SWOT dos resultados obtidos de ambos os contextos clínicos conclui-se que, embora se as duas unidades de saúde fossem submetidas ao processo de acreditação por parte da OE não seriam acreditadas como contextos de idoneidade formativa, existem oportunidades e pontos fortes de ambos os serviços que são grandes potenciadores para se alcançar a idoneidade formativa preconizada pela OE. Nomeadamente, o facto de existirem em ambas as equipas um número considerável de enfermeiros especialistas e de enfermeiros com possibilidade de se candidatarem à acreditação pela OE

como Supervisores Clínicos, o facto de um dos serviços ter sido criado em 2012 e o outro ter acreditação de qualidade, e serem serviços que no global são constituídos por elementos jovens, e por terem na sua coordenação profissionais interessados na acreditação de idoneidade formativa.

Desta forma, constitui-se como um grande desafio delinear estratégias que permitam trabalhar e desenvolver os contextos, envolvendo toda a equipa de enfermagem e aproveitando e recrutando o potencial de cada um dos elementos para que os contextos analisados atinjam características proporcionadoras de aprendizagem e se tornem ambientes favoráveis ao desenvolvimento de competências por parte dos enfermeiros, bem como contextos de práticas de cuidados de enfermagem de qualidade e seguros para os clientes.

Referências bibliográficas

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Modelo de desenvolvimento profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: OE, Conselho de Enfermagem, 2010a.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica*. Lisboa: OE, 2010b.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica: Estrutura de idoneidades, concepção, processos, etapas e funcionamento*. Lisboa: OE, Conselho de Enfermagem, 2011.

Relevância dos indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem

Duarte Pinto¹; Margarida Reis Santos² & Regina Pires²

¹ Centro Hospitalar de S. João, Enfermeiro.

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, docentes.

Autor correspondente: **Duarte Pinto** (djestevespinto@gmail.com)

Resumo

A problemática da qualidade representa um domínio sensível aos cuidados de enfermagem, assumindo a Supervisão Clínica em Enfermagem, neste âmbito, um papel preponderante no sentido de promover as condições essenciais à segurança e qualidade das práticas, através da implementação de estratégias motivadoras e incrementadoras do processo reflexivo. A definição de indicadores de qualidade tem-se mostrado uma preocupação dos enfermeiros pelos ganhos que poderá proporcionar ao nível da avaliação e monitorização em saúde. Neste sentido, entende-se que também na área da supervisão clínica em Enfermagem é fundamental a identificação de indicadores que concorram para a avaliação e promoção da qualidade das práticas supervisivas. Este estudo de cariz quantitativo, teve como objetivo identificar os indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem que os enfermeiros consideram mais relevantes. A amostra foi não probabilística, constituída por 316 enfermeiros que exercem funções em contexto hospitalar e em cuidados de saúde primários. A recolha de dados efetuou-se através de um questionário. Os resultados obtidos demonstram que os enfermeiros atribuem relevância aos indicadores das estratégias de supervisão clínica em enfermagem. A utilização dos indicadores de estratégias de supervisão clínica em Enfermagem que emergiram do estudo poderá constituir-se como um valor acrescido para a estruturação e avaliação dos processos supervisivos e, assim, concorrer para a melhoria do exercício profissional dos enfermeiros.

Palavras-chave: Supervisão clínica em enfermagem; estratégias; indicadores; qualidade dos cuidados.

Abstract

The issue of quality is a sensitive area to nursing care, therefore Clinical Supervision in Nursing is fundamental to ensure the safety and quality of care provided, through the implementation of motivational strategies that promote the development of the reflective process. The defini-

tion of quality indicators has become a concern for nurses as it brings potential benefits for monitoring and evaluation in health. In the area of Clinical Supervision in Nursing it is essential to identify indicators that contribute to evaluating and improve the supervisory processes. This quantitative research aimed to identify the strategies indicators of clinical supervision in nursing that nurses consider the most relevant. Data were collected from a non-probabilistic sample of 316 nurses that worked in the hospital and primary health care institutions. A questionnaire was created in order to collect the data. The results show that nurses consider important the strategies indicators of clinical supervision in nursing. The use of strategies indicators of clinical supervision in nursing that emerged from the study have an important value, considering the advantages for the organization and monitoring of supervision processes, as it can contribute to the improvement of nurses professional practice.

Keywords: Clinical supervision in nursing; strategies; indicators; quality of care.

Enquadramento teórico

A crescente complexidade e exigência ao nível dos cuidados de saúde traduz-se numa maior preocupação das instituições de saúde em assegurar cuidados mais significativos e de qualidade aos clientes. A supervisão clínica (SC) surge neste contexto como um processo formal que permite a reflexão acerca das questões da prática, possibilitando, simultaneamente, a identificação das áreas de conhecimento a desenvolver (Brunero e Stein-Parbury 2008).

O longo das últimas duas décadas, a SC proliferou pela Europa devido às necessidades identificadas pelos sistemas de saúde em elevar a qualidade dos cuidados prestados, permitindo, ao mesmo tempo, a reflexão sobre a prática clínica e o suporte dos profissionais no sentido de potenciar a inovação e o desenvolvimento profissional (Sealy 2006). A supervisão clínica aplicada à Enfermagem centra-se nas áreas sensíveis da profissão, possibilitando a criação de um clima favorável à troca de experiências que possam conduzir ao desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

Em Portugal, embora o conceito de SC esteja mais direcionado para o acompanhamento de estudantes em ensino clínico, tem-se vindo a fazer um esforço por introduzir de forma gradual e sustentada a supervisão clínica em Enfermagem (SCE) ao nível da prática clínica. Desta forma, a Ordem dos Enfermeiros (2010) define este conceito como um "(...) processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica" (p. 5).

Entendemos que o supervisor clínico deve ser alguém com experiência e formação específica na área, de forma a efetivarem-se processos de SC mais profícuos onde se inclua a implementação de uma relação supervisiva não hierárquica baseada na confiança (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja 2006).

Para que os objetivos da SCE sejam atingidos, torna-se necessário a implementação de estratégias supervisivas que proporcionem o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva dos supervisionados, como forma de prevenir a acomodação às rotinas da prática, potenciando o seu desenvolvimento e questionamento em relação às determinantes do contexto clínico. A concretização destas estratégias em indicadores poderá permitir uma melhoria na moni-

torização, avaliação e promoção da qualidade da supervisão, na medida em que possibilita ao supervisor orientar e refletir sobre a supervisão desempenhada e, conseqüentemente, sobre o seu papel desempenho.

Finalidade

Considerando que a investigação efetuada em Portugal no domínio das estratégias de SCE tem sido escassa, este estudo pretende contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, através da identificação dos indicadores de estratégias de SCE mais relevantes para os enfermeiros dos serviços de saúde.

Metodologia

O desenho do estudo assenta numa metodologia quantitativa, de cariz exploratório. O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário, elaborado após pesquisa bibliográfica, constituído por questões fechadas, abertas e mistas, subdividido em duas partes: uma relativa à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes a outra pelos indicadores de SCE identificados. Os diferentes indicadores eram apresentados sobre a forma de questões de escolha múltipla utilizando-se os diferenciais semânticos: 1–nada relevante; 2 –pouco relevante; 3–relevante; 4–muito relevante e 5–totalmente relevante, com o sentido de se encontrarem consensos. Como critério de consenso, foi definido, para cada indicador, obter uma mediana maior ou igual a quatro e uma frequência acumulada nos scores quatro e cinco igual ou superior a 75%.

O questionário foi validado por um grupo de peritos e posteriormente submetido a um pré-teste.

O estudo obteve o parecer positivo da comissão de ética para a saúde do Centro Hospitalar S. João e da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, autorização da direção dos diferentes serviços, bem como dos respetivos enfermeiros chefes.

Todos os participantes receberam uma folha com informação relativa à contextualização, problemática e objetivos do estudo e convite para integrarem o mesmo e assinaram um termo de consentimento informado, respeitando-se todos os procedimentos do consentimento informado, de acordo com a Declaração de Helsínquia. A amostra do estudo foi constituída por 316 enfermeiros que exerciam funções em contexto hospitalar e em cuidados de saúde primários.

A colheita de dados decorreu entre junho e setembro de 2012. Foram distribuídos 392 questionários, 238 no contexto hospitalar e 154 nos CSP, e recolhidos 245, dos quais foram eliminados seis por terem respostas omissas nos indicadores de estratégias de SCE, ficando-se assim com um total de 239 questionários totalmente preenchidos. Paralelamente, o questionário foi enviado através de uma plataforma eletrónica para os e-mail de enfermeiros disponíveis na nossa lista de contactos convidando esses profissionais a reencaminharem o e-mail para outros colegas. O questionário foi elaborado na ferramenta *Google Docs*, e foi acedido de forma direta através de um *link*. Através da utilização desta ferramenta obtiveram-se 79 questionários, sendo eliminados dois por não terem a segunda parte totalmente preenchida.

Para a análise estatística dos dados recorreu-se à versão 20.0 do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Os dados foram explorados através de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão e, posteriormente, estatística inferencial.

Análise e discussão dos resultados

Os enfermeiros que participaram no estudo tinham uma idade compreendida entre os 23 e os 57 anos ($M=33,33$ anos; $DP=6,72$ anos), 78% eram do sexo feminino. O tempo de exercício profissional variou entre um ano e os 37 anos ($M=10,44$ anos; $DP=6,59$ anos), 69% trabalhavam em contexto hospitalar.

Relativamente à categoria profissional, constatou-se que 54,4% ($n=172$) dos participantes eram enfermeiros, 26,9% ($n=85$) enfermeiros graduados, 16,5% ($n=52$) enfermeiros especialistas, 1,9% ($n=6$) enfermeiros chefes e 0,3% ($n=1$) enfermeiros supervisores.

A maioria dos enfermeiros (74%; $n=234$) referiu não ter formação em SCE. Dos 82 enfermeiros com formação nesta área, 54% ($n=43$) mencionaram que tiveram uma unidade curricular sobre esta temática durante o percurso académico, 31% ($n=25$) frequentaram um curso de curta duração e apenas 15% ($n=12$) estavam habilitados com um curso de pós-graduação.

A formação em SCE torna-se relevante uma vez que um supervisor necessita de treino específico e do apoio adequado no sentido de poder desempenhar da forma mais eficaz possível o seu papel. Silva, Pires e Vilela (2011) afirmam que apesar de em Portugal existir formação pós-graduada em SCE, não existem ainda diretrizes tão específicas para orientação do supervisor no desempenho das suas funções como noutros países (Reino Unido, Austrália e Canadá).

No que concerne à importância da SCE para o desenvolvimento profissional a maioria dos enfermeiros (88%; $n=278$) considerou a SCE como importante para o desenvolvimento profissional, enquanto 3,8% ($n=12$) não foi da mesma opinião, não considerando a SCE como importante para o desenvolvimento profissional, e 8,2% ($n=26$) referiu que é indiferente. Dos 38 enfermeiros (12,0%) que consideravam indiferente ou não importante a SCE para o desenvolvimento profissional, apenas 3 enfermeiros (0,95%) tinham formação em SCE.

Para se estabelecer um *ranking* de relevância dos indicadores de estratégias de SCE recorreu-se à média do grupo de indicadores, obtida em cada estratégia de SCE.

Os resultados revelaram que os enfermeiros atribuíam relevância aos indicadores das estratégias de SCE, tendo-se conseguido consenso em 56 dos 63 indicadores definidos. As médias mais elevadas obtidas nos grupos de indicadores referentes a cada estratégia de SCE dizem respeito à estratégia de “observação” ($M= 4,358$) e à “demonstração” ($M=4,344$). A importância atribuída, pelos enfermeiros, aos indicadores das estratégias anteriormente referidas, demonstra a preocupação que estes têm, no exercício da função de supervisores, em obterem dados pela “observação” dos enfermeiros supervisionados no sentido de colmatar possíveis défices no desempenho profissional, utilizando a “demonstração” como veículo para tal.

Os indicadores de estratégias de SCE com menor relevância foram os da estratégia de “supervisão à distância” ($M=3,503$), da “análise de casos em grupo” ($M=4,138$) e da “auto supervisão” ($M=4,139$). Verificou-se que os indicadores da estratégia de SCE “supervisão à distância” aparecem como os menos relevantes, pelo que consideramos que se torna necessária mais formação nesta área e divulgação das vantagens da utilização deste tipo de estratégia, uma vez que, atendendo à evolução tecnológica que se tem verificado nas últimas décadas, a apropriação destas metodologias pode aproximar os agentes envolvidos no processo formativo (Prado e Rosa 2008).

A análise dos dados reflete a importância atribuída pelos enfermeiros à reflexão enquanto dimensão considerável nas dinâmicas supervisivas, o que constituiu por si só, um dado relevante no sentido da aplicação de modelos formais de SCE. Estes dados evidenciam a importância da prática reflexiva no contexto da SCE, o que vem sendo salientado por outros autores (Abreu 2003; Butterworth et al. 2008; Garrido, Simões e Pires 2008; Myall et al. 2008; Winstanley e White 2011), revelando-se como uma componente essencial para a tomada de decisão dos enfermeiros.

Conclusões

Os indicadores de estratégias de SCE que emergiram deste estudo poderão constituir o ponto de partida para a implementação e sustentação dos processos supervisivos, constituindo, ao mesmo tempo, a matriz de avaliação e reestruturação das práticas supervisivas.

Acreditamos que os indicadores identificados nesta investigação podem ser utilizados futuramente na elaboração de instrumentos ou guias de orientação para a SCE, assim como para a definição de políticas de supervisão que incrementem a qualidade e segurança dos cuidados prestados. A sensibilização dos enfermeiros e dos enfermeiros gestores na área da saúde para a implementação da SCE é imprescindível, sendo, o aprofundamento da investigação nesta área, um contributo para tal.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau, 2003.
- BRUNERO, S. e STEIN-PARBURY, J. The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2008, 25(3), 86-94.
- BUTTERWORTH, T. et al. Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. *Nurse Education Today*. 2008, vol. 28, 264-272.
- GARRIDO, A., SIMÕES, J. e PIRES, R. *Supervisão clínica em enfermagem: Perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.
- HYRKÄS, K., APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K. e HAATAJA, R. - Efficacy of Clinical Supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal Compilation* (2006), p. 521-535.
- MYALL, M. et al. Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 2008, 17(14), 1834-1842.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Modelo de desenvolvimento profissional: processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*, 2010 [consultado 28 junho 2012]. Disponível em: <http://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos1.pdf>
- PRADO, E. e ROSA, A. A interatividade na educação à distância: avanços e desafios. *EccoS Revista científica*. 2008, 10(1), 169-187.
- SEALY, A. *Clinical supervision policy & guidelines for registered nurses & clinical support staff*. Londres: City and Hacıney Teaching Primary Care Trust, 2006.
- SILVA, R., PIRES, R. e VILELA, C. Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011, vol. 3, 113-122.
- WINSTANLEY, J. e WHITE, E. The MCSS-26: Revision of the Manchester clinical supervision scale using the rasch measurement model. *Journal of Nursing Measurement*. 2011, 19(3), 16.

Sistematização da assistência de enfermagem: uma integração universidade e serviço

Gabriela Rezende Neiva¹; Luciene Muniz Braga²; Marisa Dibbern Correia²; Jhonathan Lucas Araujo³ & Barbara de Sá Menezes Teixeira³

¹ Universidade Federal de Viçosa, Estudante de Enfermagem em mobilidade acadêmica com a Universidade da Coruna, Espanha. Bolsista do CNPq – Brasil.

² Universidade Federal de Viçosa, Professora Assistente II, Mestre em Enfermagem.

³ Universidade Federal de Viçosa, Estudante do oitavo período do curso de Graduação em Enfermagem.

Autor correspondente: **Gabriela Neiva** (gabriela.neiva@ufv.br)

Resumo

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) por meio do Processo de Enfermagem (PE) é o instrumento da supervisão clínica utilizado pelo enfermeiro para elaboração de respostas sobre os problemas de enfermagem dos indivíduos. É um conjunto de ações que proporciona segurança ao cuidado prestado, devendo ser utilizado em todos os ambientes onde ocorre assistência de enfermagem. Em uma perspectiva extensionista entre universidade e um hospital brasileiro desenvolveu-se investigação com o objetivo de sistematizar o cuidado de enfermagem, construir e validar instrumentos para operacionalização da SAE. O estudo foi pautado na pesquisa-ação, envolvendo enfermeiros em grupos de estudo sobre: PE, teorias de enfermagem, anamnese e exame físico. O estudo subsidiou a criação de instrumentos para registro do Histórico de Enfermagem pautado na teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. O instrumento está em processo de validação e paralelamente sendo implementado na clínica para identificação dos diagnósticos e resultados de enfermagem de maior prevalência de acordo com as taxonomias internacionais da NANDA-I e dos Resultados de Enfermagem-NOC, que subsidiarão os planos de cuidados. Verifica-se, portanto, que o projeto tem proporcionado a capacitação continuada da equipe de enfermagem, pautada no rigor científico, com a expectativa de fortalecer e valorizar o cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem; processos de enfermagem; planejamento de assistência ao paciente; ensino.

Abstract

The Systematization of Nursing (SAE) through the Nursing Process is the instrument used by nurses on clinical supervision to respond to the nursing problems of individuals. It is a group of actions that provides security to the care given and should be used in all environments where nursing care happens. In an extended perspective between the University and

a Brazilian hospital a research was developed aiming to systematize nursing care, build and validate tools for operationalization of SAE. The study was guided by action research design, involving nurses in study groups on: nursing process, nursing theories, anamnesis and physical exam. The study supported the creation of instruments to registry the History of Nursing guided by the theory of Dorothea Orem's Self-Care. The instrument is in the process of validation and being implemented at the same time in the clinical sector to identify clinical diagnoses and outcomes of nursing higher prevalence according to the international taxonomies of NANDA-I and Outcomes Nursing-NOC, which will subsidize the care plans. It is verified, therefore, that the project has provided continuous training of the nursing staff, based on scientific rigour, expecting to strengthen and enhance nursing care.

Keywords: Nursing; nursing process; patient care planning; teaching.

Introdução

Para garantir um cuidado seguro ao paciente, inúmeros esforços devem ser despendidos por todos os profissionais. Identificar adequadamente o paciente, promover um cuidado limpo, entre outros são objetivos que os profissionais de saúde devem ter para garantir a segurança do paciente (WHO 2013). Além disso, devem desenvolver instrumentos gerenciais que favoreçam a identificação e registro dos problemas de enfermagem, o planejamento, a avaliação e a tomada de decisão, a fim de se obter um cuidado em enfermagem qualificado. O princípio do *Primum non nocere* deve permear a atuação do enfermeiro enquanto líder desta equipe, que deve dispor intervenções que garantam a segurança do cuidado prestado (Zoboli e Sartório 2006).

Destacamos a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo esta um instrumento da supervisão clínica para se obter a excelência da assistência. A SAE é um recurso para o gerenciamento clínico, favorece o desenvolvimento das competências técnicas e se configura em uma ferramenta que documenta a prática, organiza o trabalho profissional da enfermagem, confere segurança aos pacientes, proporciona respaldo científico, possibilita descrever, explicar e diagnosticar os problemas de saúde e determinar quais aspectos dessas respostas exija uma intervenção de enfermagem. Além de direcionar as atividades, contribuindo para uma maior visibilidade da enfermagem e consequentemente maior autonomia e satisfação profissional (Almeida et al. 2011; Tannure e Pinheiro 2010).

A SAE deve ser pautada em evidências científicas e ser precocemente introduzida nos currículos de cursos de formação e aperfeiçoamento de enfermeiros (Tannure e Pinheiro 2010).

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem pela resolução 358/2009 (Brasil, 2009) diz que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada por meio do Processo de Enfermagem (PE), sendo este um mecanismo que proporciona a elaboração de respostas sobre os problemas de enfermagem dos indivíduos, família e coletividade.

O PE é uma metodologia que inicia com o Histórico de Enfermagem, devendo este ser pautado em uma teoria de enfermagem que satisfaça os requisitos de saúde dos indivíduos e coletividade. A partir da identificação dos problemas de enfermagem dos indivíduos, pela coleta de dados, o enfermeiro analisa e interpreta os fenômenos de enfermagem e elabora os diagnósticos de enfermagem, que são subsídio para a etapa seguinte, o planejamento da assistência. Esta visa delimitar os resultados que desejam alcançar com as intervenções de enfermagem delineadas.

A seguir, uma prescrição de enfermagem será implementada. A avaliação é a etapa que passa as demais e consiste em analisar continuamente as respostas do paciente frente às intervenções de enfermagem, possibilitando ao enfermeiro rever as intervenções e os resultados a serem alcançados e avaliar se existem novos diagnósticos de enfermagem ou se estes foram resolvidos ou estão em processo de resolução (Silva e Teixeira 2011; Tannure e Pinheiro 2010).

Partindo da premissa de que se trata de uma nova tecnologia e que os enfermeiros precisam de arcabouço de conhecimentos acerca das teorias de enfermagem, de semiologia e do PE para a tomada de decisão clínica no processo de trabalho, faz-se necessário um estudo que subsidie a implementação da SAE por meio de referenciais teórico/filosóficos da categoria. Fato percebido ao desenvolvermos atividades práticas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV) em um hospital da zona da Mata Mineira/Brasil.

Participando do cotidiano dos enfermeiros verificamos que o trabalho destes profissionais tem sido pautado no modelo biomédico e no gerenciamento das unidades assistenciais. A não utilização de uma metodologia de trabalho pautada em referencial de enfermagem, tem dificultado reconhecer o papel do enfermeiro e correlacionar teoria e prática pelos estudantes de graduação em enfermagem.

Diante do exposto organizou-se um projeto de pesquisa e extensão com **objetivo** de sistematizar o cuidado de enfermagem, construir e validar impressos para operacionalizar a SAE com vistas a: melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes, capacitar os enfermeiros do hospital nas questões relativas à SAE, enquanto instrumento da supervisão clínica e proporcionar um campo de prática qualificado e estruturado aos estudantes de enfermagem.

Metodologia

O estudo foi pautado na pesquisa-ação e compreendeu três ações principais: observar, para reunir informações e construir um cenário; pensar, para explorar, analisar e interpretar os fatos; e agir, implementando e avaliando as ações.

O cenário foi um hospital da zona da Mata Mineira/Brasil e a população foi composta por 15 enfermeiros que concordaram em participar após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFV, sendo aprovado sob registro número 161/2011 e atendeu à Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Brasil. Está sendo conduzido por docentes e estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFV e pelos integrantes da Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem – LASAE/UFV.

Conforme recorte deste trabalho foram realizados grupos de estudo com os enfermeiros sobre SAE, PE e as principais teorias de enfermagem utilizadas no Brasil: Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Aguiar Horta; Teoria Holística de Myra Estrin Levine; Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem e a Teoria Ambientalista, de Florence Nightingale, para subsidiar a escolha de um referencial teórico/filosófico.

A seguir os docentes realizaram um minicurso sobre anamnese e exame físico para capacitação dos enfermeiros, com aulas teóricas e práticas conduzidas na própria instituição.

A próxima etapa consistiu em encontros com os enfermeiros para estudos sobre a teoria do autocuidado e revisão da literatura sobre instrumentos de coleta de dados, que subsidiassem a elaboração de impressos.

Resultados e discussão

A partir dos grupos de estudos sobre as teorias de enfermagem e de acordo com o perfil dos pacientes atendidos no referido hospital, a teoria do autocuidado de Dorothea Orem foi escolhida para subsidiar a primeira fase do PE, o Histórico de Enfermagem.

A teoria do autocuidado de Dorothea Orem é caracterizada como uma teoria universal, que proporciona uma abordagem holística ao paciente e tem sido implementada a indivíduos em várias condições clínicas, tanto na atenção primária quanto na terciária (Santos e Sarat 2008). É composta por três teorias interrelacionadas: teoria do autocuidado, teoria do déficit do autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem. A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado que é definido como a capacidade que o indivíduo tem de cuidar de si próprio e quando esta está afetada têm-se os requisitos de autocuidado: universais (essenciais para manutenção da vida); desenvolvimentais (adaptações a eventos) e de desvios de saúde (associados aos déficits de saúde). A Teoria do Déficit de Autocuidado indica quando há um desvio de saúde que incapacita ou limita o indivíduo para realizar as atividades de autocuidado necessitando assim de assistência da enfermagem para auxiliar ou realizar para o indivíduo atividades de manutenção da vida. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem destaca a forma como as necessidades de autocuidado do paciente serão satisfeitas pelo enfermeiro, pelo próprio indivíduo ou por ambos. Orem as classificou em: sistema totalmente compensatório - quando o indivíduo é incapaz desempenhar o autocuidado, sendo socialmente dependente; sistema parcialmente compensatório - enfermeiro e paciente executam medidas de cuidado; sistema de apoio-educação - a pessoa pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico (Foster e Bennett 2000).

Para subsidiar a construção do instrumento de coleta de dados e sua utilização posterior, aulas teóricas e práticas sobre anamnese e exame físico foram realizadas nas dependências da Instituição. O levantamento sistematizado de dados possibilita ao enfermeiro identificar problemas, determinar diagnósticos de enfermagem, planejar e implementar a assistência, integralizando dessa forma as etapas do PE (Silva e Teixeira 2011).

Em outra etapa, os enfermeiros foram incitados a refletirem sobre sua prática diária, buscando evidenciar os principais problemas de enfermagem ao avaliar os Requisitos Universais, Desenvolvimentais e os Desvios de Saúde do cliente pautados na teoria do autocuidado. Como resultados dos encontros entre Universidade e Serviço, dois instrumentos foram construídos: um para ser aplicado na admissão do paciente, denominado "Histórico de Enfermagem - Admissão" e outro para ser aplicado diariamente pelo enfermeiro, denominado "Histórico de Enfermagem - Evolução".

Atualmente o projeto encontra-se na fase de validação desses instrumentos por juízes com notório saber na área sob investigação. Paralelamente o Histórico de Enfermagem está sendo implementado pelos enfermeiros e discentes envolvidos no projeto na Unidade de Clínica Médica. Nesta fase estão sendo identificados os diagnósticos de enfermagem de acordo com as taxonomias NANDA Internacional e os resultados segundo a Classificação dos Resultados

de Enfermagem – NOC. Este levantamento subsidiará a formulação de atividades de enfermagem baseadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC – e a construção de instrumentos específicos para o registro, no prontuário do pacientes, dos diagnósticos e resultados de enfermagem.

Conclusões

Observa-se, portanto, que o projeto tem proporcionado a capacitação continuada da equipe de enfermagem, a inserção de docentes e estudantes de enfermagem no ensino clínico pautado no rigor científico, utilizando instrumentos da supervisão clínica para se obter a excelência da assistência. A expectativa é de que haja fortalecimento e valorização do cuidado de enfermagem, com vistas à proteção e segurança dos clientes. Isto agregará avanços à enfermagem do hospital em estudo e contribuirá para uma assistência de enfermagem qualificada.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, M. A. et al. *Processo de Enfermagem na prática clínica: estudos clínicos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN-358/2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: 15 de outubro de 2009. [Consult. 15 Mar. 2013]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html

FOSTER, P.C., BENNETT, A.M. e DOROTHEA, E. Orem. In: J.B. GEORGE. *Teorias de enfermagem: Os fundamentos da prática profissional*. Cap 7. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, pp. 83-101.

SANTOS, I. e SARAT, C.N.F. Modalidade de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem Brasileira. *Rev. Enferm. UERJ*. 2008, **16**(3), 313-8.

SILVA, C. M. C. e TEIXEIRA, E. R. Exame físico e sua integralização ao processo de enfermagem na perspectiva da complexidade. *Esc Anna Nery*. 2011, **15**(4), 723-72

TANURE, M. C. e PINHEIRO, A. M. *SAE: Sistematização da assistência de enfermagem. Guia prático*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO launches: Nine patient safety solutions* [consultado 21 março 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/index.html>

ZOBOLI, E. L. C. P. e SARTÓRIO, N. A. Bioética e enfermagem: Uma interface no cuidado. *O Mundo da Saúde*. 2006, **30**(3), 382-397.

Efeito da função de suporte do enfermeiro supervisor no desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico

Paula Diogo¹; Odete Lemos e Sousa² & Joana Rodrigues³

¹ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Professor adjunto, Doutorada em Enfermagem.

² Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Professor adjunto, Mestre Gestão Serviços de Saúde.

³ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Assistente convidado, USF do Arco; Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Investigadoras da UI&DE: Linha de Investigação "Emoções em Saúde".

Autor correspondente: **Paula Diogo** (pmdiogo@esel.pt)

Resumo

A situação problemática vivida pelos clientes associada aos processos de saúde-doença expressa-se através de emoções, com as quais os estudantes de enfermagem têm que lidar em cada interação de cuidados, durante as suas experiências formativas em ensino clínico. Os estudantes têm necessidades de aprendizagem, não só ao nível da gestão das emoções dos clientes, mas também ao nível do seu mundo interno. A evidência científica revela que o trabalho emocional (*Emotional Labour*) incorpora ações inscritas no processo de cuidados, de dimensão afetivo-emocional, que visam transformar positivamente as vivências dos atores envolvidos nos cuidados, com a intencionalidade de promover o bem-estar global e promover as boas práticas. O desenvolvimento de competências emocionais revela-se fulcral na capacidade de gerir emocionalmente as situações intensas da prática de cuidados e a função de suporte do enfermeiro supervisor pode influenciar o desenvolvimento destas competências. Este estudo tem como finalidade analisar em que medida a função de suporte do enfermeiro supervisor, de estudantes de enfermagem em ensino clínico, potência o desenvolvimento de competências para o desempenho do trabalho emocional. Os participantes são Estudantes do 4.º ano do curso de licenciatura em Enfermagem e os enfermeiros supervisores de estudantes que realizaram o 3.º Curso de Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico da ESEL. A técnica de amostragem é intencional e de conveniência. O instrumento de colheita de dados é um Questionário Misto sobre a função de suporte do enfermeiro supervisor, aplicado aos estudantes do 4.º ano, e os jornais de aprendizagem elaborados pelos enfermeiros que realizaram o 3.º Curso de Supervisão. A par do tratamento de dados dos questionários

será realizada a análise de conteúdo dos jornais, cruzando dados quantitativos e qualitativos. Pretende-se apresentar um projeto de investigação em desenvolvimento, fomentando a discussão e divulgação da sua implicação na formação de enfermeiros. Os resultados irão permitir corroborar ou infirmar a hipótese em estudo.

Palavras-chave: Enfermeiro Supervisor; função de suporte; competências emocionais; trabalho emocional; estudante de enfermagem em ensino clínico.

Abstract

The problematic situation lived by the clients going through health-illness processes is expressed through emotions, with which nursing students have to deal while providing care as well as in each interaction in their formative experiences in clinical settings. Students have learning needs, not just in terms of how they manage the emotions of the clients, but also in terms of their internal world. Emotional labour incorporates actions within the caring process of affective-emotional dimension, which aim to positively transform the intense and disturbing experiences of the clients and the students themselves, with the intent to promote the overall well-being of the people involved. The development of emotional skills is crucial in the ability to emotionally manage the intense situations of care practice and the supporting role of the supervising nurse may influence the development of these skills. The goal of this study is to analyze the extent to which the supporting role of the supervising nurse of students in clinical settings potentiates the development of skills to perform emotional labour. The participants are 4th year students of the nursing degree course and nurse supervisors that have attended the 3rd year in the post-graduation of Students Supervision in Clinical Settings at ESEL (Nursing School of Lisbon). A convenience, intentional sample was used. Data collection was carried out through a mixed questionnaire regarding the supporting role of nurse supervisors, applied to 4th year students, and was also carried out through the learning diaries created by nurses that have applied to the 3rd Supervision Course. Along with data treatment of the questionnaires a content analysis will be applied to the nursing diaries, crossing quantitative and qualitative data. The results will confirm or refute the hypothesis under study. The purpose of the present communication is to present an ongoing research project, thus fostering a discussion to disseminate its impact in nursing training.

Keywords: Restorative function (support); supervising nurse; emotional skills; emotional labour; nursing students in clinical settings.

Enquadramento teórico do tema e finalidade da comunicação

Na literatura existem inúmeras definições do conceito de **supervisão clínica em enfermagem**. O *National Health Service Management Executive* (1993) em *Vision for the Future* sublinha que a supervisão clínica é

um processo formal de sustentação da prática que permite aos enfermeiros adquirirem conhecimentos, competências e consciencializarem-se da responsabilidade da prática clínica, realça a proteção dos clientes e incrementa a segurança das práticas nas situações clínicas mais complexas. É central para o processo de aprendizagem, para o desenvolvimento da

prática e deve ser encarada como um meio de incentivo para a autoavaliação e para o desenvolvimento das capacidades analíticas e reflexivas (Cruz 2008, p. 200).

Severnsson (2001, p. 36) refere que a supervisão clínica em Enfermagem tem sido descrita como “um fenómeno que contem não só a relação entre o supervisor e o supervisionado mas também o processo de aprendizagem da experiência clínica” e que o seu objetivo geral é “apoiar o desenvolvimento da identidade laboral do supervisionado, as suas competências e a sua ética”. Por sua vez, Abreu (2007, p. 18), citando Hawkins e Shoet (1989), sublinha que a “supervisão clínica é um processo de desenvolvimento cuja ênfase é colocada no desenvolvimento da relação supervisiva, como uma forma de proporcionar suporte e apoiar o supervisionado.”

Paralelamente, há diversos autores que caracterizam a supervisão clínica em enfermagem como um instrumento fulcral no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem (Walsh et al. 2003; Edwards et al. 2005; Butterworth e Woods 1998, cit. por Hancox et al. 2004), que envolve um processo focalizado de reflexão na, para e sobre a prática, objetivando a sua melhoria e a obtenção de maiores ganhos em saúde (Cruz 2008; United Kingdom Central Council for Nursing 1996, cit. por Abreu 2003).

Embora a supervisão clínica em enfermagem se centre essencialmente na supervisão de enfermeiros em exercício profissional, este conceito pode tornar-se extensivo ao período de formação escolar (Abreu 2003; Silva et al. 2011).

Os variados modelos de supervisão clínica em Enfermagem inscrevem-se em pelo menos quatro perspetivas teóricas, nomeadamente as que dão ênfase ao desenvolvimento; às funções da supervisão clínica na prática; à relação da supervisão clínica; à relação com os clientes (HyKás 2002, cit. por Cruz 2008, p. 202). Centremo-nos nas **funções da supervisão clínica na prática**. Neste âmbito, Proctor (1986) sugere um modelo interativo com três funções:

- **Formativa** – relacionada com o desenvolvimento de conhecimentos e competências através da reflexão, da exploração do trabalho e da experiência do supervisionado;
- **Normativa** – referente à responsabilidade e satisfação profissional, onde se incluem as ações destinadas ao desenvolvimento da segurança, qualidade e gestão (Winstanley e White 2003);
- **Restaurativa/suporte** – focalizada para as respostas emocionais e para o suporte necessário às funções e responsabilidades inerentes às exigências do contexto, ou seja, centrada no apoio às ações e respostas do supervisionado com vista quer à diminuição do stresse, como também à sustentação das emoções adequadas às situações (Winstanley e White 2003; Abreu 2007; Cruz 2008). Na literatura disponível a função restaurativa é também designada de suporte. Embora a designação original pela sua tradução seja restaurativa, o termo não existe no dicionário da língua portuguesa, como também não aponta para uma compreensão direta da sua definição. O termo suporte é mais explicativo e abrangente pelo que será utilizado ao longo do presente estudo.

Quanto às características da **relação construída no processo de supervisão clínica**, destacam-se dois grandes estilos de abordagem:

- **Autoritário** – está relacionado com a assertividade do supervisor acerca das ações do su-

pervisado. Este estilo divide-se em prescritivo (o supervisor dá conselhos diretamente ao supervisionado e dirige explicitamente o seu comportamento); informativo (o supervisor dá informação e instrução ao supervisionado); confrontador (o supervisor está frente a frente com o supervisionado de modo a clarificar e a desafiar as suas atitudes e simultaneamente dar-lhe *feedback* imediato);

- **Facilitador** – que é menos diretivo que o autoritário e está relacionado com a informação gradual a fornecer ao supervisionado. Este estilo subdivide-se em catártico (o supervisor “valoriza a necessidade do formando manifestar as suas emoções”, reduzindo desta forma a tensão do supervisionado); catalítico (o supervisor “encoraja o formando a refletir sobre determinadas áreas ou vivências significativas, pelo que estimula a ser autodirigido e reflexivo”); suporte (o supervisor “tende a valorizar as dimensões pessoais e a promover a segurança” do supervisionado), (Abreu 2007, p. 163).

A educação em Enfermagem, segundo sublinha Rabiais (2010, p.36), “não se deve confinar ao processo técnico e científico, mas também sublinhar o desenvolvimento pessoal do estudante pelo papel gerador que tem em todas as competências, nomeadamente as de natureza relacional”, ou seja, não é possível separar as dimensões cognitivas, sociais, afetivas e emocionais quando se pretende clarificar os fatores que estão na base do desenvolvimento da aprendizagem do cuidar em enfermagem. A inclusão da **inteligência emocional** (EI) no currículo capacita os estudantes a gerirem situações que podem ser emocionalmente intensas (Freshwater e Stickley 2004).

Por sua vez, McQueen (2004, p. 101) sublinha que a “inteligência emocional desempenha um papel importante na construção de relacionamentos humanos de sucesso”. Mayer e Salovey (1997) apresentam um modelo referente às quatro dimensões da EI: a perceção da emoção, a integração e a assimilação da emoção, o conhecimento sobre as emoções e a gestão de emoções (Feather 2008, p. 377). Damásio (2012), numa entrevista *online*, defende que o “desenvolvimento emocional faz parte integrante do processo de tomada de decisões e funciona como um vetor de ações e ideias, consolidando a reflexão e o discernimento. Sem um envolvimento emocional, qualquer ação, ideia ou decisão assentaria exclusivamente em bases racionais”.

A **competência emocional** é definida por Goleman (1999, p. 38) como uma “capacidade adquirida baseada na inteligência emocional”. A inteligência emocional refere-se à capacidade de administrar/gerir os sentimentos e as emoções no plano pessoal e nas relações sociais. Estas envolvem cinco dimensões. No que se refere ao desenvolvimento pessoal, estariam as dimensões de auto perceção, autorregulação e motivação. No plano interpessoal, estariam a empatia e as aptidões sociais.

Em contexto clínico o estudante de enfermagem confronta-se e vivencia de forma singular os problemas associados aos processos de saúde-doença das pessoas que cuida, absorvendo as respostas emocionais de tal sofrimento. Contudo, é fundamental que o estudante adquira uma perceção de si mesmo como ser bio-psico-social e espiritual, pois irá ajudá-lo a identificar-se e a desenvolver capacidade de compreender as necessidades e o sofrimento do outro e simultaneamente a diferenciar-se (Rabiais 2010).

Há menos de uma década atrás, fazia parte do papel da enfermeira (irmãs, religiosas) ajudar os estudantes a aprenderem a cuidar, bem como o **trabalho emocional** (Ogier 1982; Fretwell 1982; Smith 1992, cit. por Smith e Gray 2001). O conceito de trabalho emocional (*Emotional*

Labour), originário da sociologia, envolve a indução ou repressão da sensação a fim de manter uma aparência que produz no outro uma sensação de estar a ser cuidado num ambiente amigável e seguro. Este apresenta três características: contacto face-a-face (ou de voz) com pessoas, a produção de um estado emocional no outro, a existência de um grau de controlo sobre as atividades através da formação e supervisão clínica (Hochschild 1983; Smith 1992, cit. por Smith e Gray 2001). A aplicação e desenvolvimento deste conceito pela enfermagem obriga a incorporá-lo na complexidade concetual da definição de cuidar, nomeadamente com as suas especificidades e componentes emocionais (Smith 1992, cit. por Smith e Gray 2001), e com centralidade tanto nos enfermeiros como nos clientes (Diogo 2012).

O trabalho emocional é importante no estabelecimento de um relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, mas se prolongado ou intenso pode conduzir ao *burnout*. Para evitar que tal aconteça, é necessário usar estratégias que garantam a proximidade e a empatia emocional, mas que evitem ficar emocionalmente exausto (Van Sant 2003). Concomitantemente, o ambiente no qual a aprendizagem ocorre também precisa de ser trabalhado, de modo a fornecer uma configuração de confiança e de apoio no qual o estudante se sente seguro para explorar os seus sentimentos e expressar suas opiniões (Rogers 1969, cit. por McQueen 2004). Os supervisores e docentes assumem um papel central na aprendizagem dos estudantes de enfermagem, nomeadamente no envolvimento no trabalho emocional e seu desenvolvimento enquanto enfermeiros (Smith e Gray 2001).

Em síntese, a situação problemática vivida pelos clientes associada aos processos de saúde-doença expressa-se através de emoções (Diogo 2012) com as quais os estudantes de enfermagem têm que lidar no decorrer dos cuidados e em cada interação nas suas experiências formativas em ensino clínico (Rabiais 2010). Os estudantes têm necessidades de aprendizagem não só ao nível da gestão das emoções dos clientes de cuidados, mas também ao nível do seu mundo interno, conflitos emocionais, stresse emocional, *burnout*. O trabalho emocional incorpora ações/interações inscritas no processo de cuidados, de dimensão afetivo-emocional, que visam transformar positivamente as vivências intensas e perturbadoras dos clientes e dos próprios estudantes/enfermeiros, com a intencionalidade de promover o bem-estar global das pessoas envolvidas (Diogo 2012). O desenvolvimento de competências emocionais revela-se fulcral na capacidade de gerir emocionalmente as situações intensas da prática de cuidados de enfermagem e a função de suporte do enfermeiro supervisor pode influenciar o desenvolvimento destas competências.

Assim sendo, apresentamos como hipótese de estudo: a função de suporte do enfermeiro supervisor é potenciadora do desenvolvimento de competências emocionais no estudante de enfermagem em ensino clínico.

A finalidade é analisar em que medida a função de suporte do enfermeiro supervisor/orientador dos estudantes de enfermagem em ensino clínico potencia o desenvolvimento das suas competências para o desempenho do trabalho emocional.

Com a comunicação proposta pretende-se apresentar um projeto de investigação em desenvolvimento, fomentando a discussão e divulgação da sua implicação na formação de enfermeiros, no que diz respeito ao desenvolvimento da supervisão clínica em enfermagem e ao desenvolvimento de competências nos estudantes de enfermagem em ensino clínico; bem como criar um espaço de partilha de subsídios e reflexões que contribuam para a progressão e validação deste estudo.

Metodologia

Este estudo inscreve-se num Projeto de Investigação “macro” intitulado “Desempenho do trabalho emocional em enfermagem: Qual o potencial terapêutico em diferentes contextos clínicos?”, em desenvolvimento na linha de investigação “Emoções em Saúde” da ui&de. Fundamenta-se na dimensão emocional do cuidar, que sendo multifacetada e importante em questões como retenção de profissionais, satisfação no trabalho, satisfação do cliente, desenvolvimento profissional e prestação de cuidados (Mazhindu 2009) justifica a sua investigação. Tem em conta, ainda, um reduzido reconhecimento do trabalho emocional na enfermagem, o que é um paradoxo dada a carga emocional da experiência de cuidar (Maunder 2008).

O projeto engloba cinco estudos com diferentes métodos, numa lógica do Paradigma de Pluralismo Metodológico, pelo que é designado de projeto multi-estudos. Foi definido enquanto pergunta de investigação transversal aos cinco estudos: qual o potencial terapêutico do trabalho emocional em enfermagem em diferentes contextos clínicos?

O estudo em questão é de abordagem quantitativa e qualitativa (exploratório, descritivo e correlacional). Teve início em outubro de 2012. Este estudo, e todo o desenvolvimento do Projeto, têm a consultoria da Prof.^a Doutora Pam Smith (Universidade de Edimburgo, Reino Unido).

Participantes: os participantes deste estudo são estudantes do 4.º ano do curso de licenciatura em Enfermagem que vão realizar o último ensino clínico do CLE da ESEL, enfermeiros orientadores de estudantes que realizaram o 3.º Curso de Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico da ESEL. A amostra é constituída por 165 estudantes (que preencheram o questionário) e por 80 enfermeiros supervisores do ensino clínico. E desta forma a técnica de amostragem é intencional e de conveniência, e as inferências indutivas dizem unicamente respeito à amostra já inquirida e, entretanto, definida para a totalidade de participantes.

Instrumentos: foi construído um Questionário Misto sobre a função de suporte do enfermeiro supervisor/orientador, no desenvolvimento de competências para o desempenho do trabalho emocional, na ótica dos estudantes do CLE quando estão em ensino clínico. Este é composto por três questões de resposta aberta e uma questão de resposta fechada que contempla 24 itens (grelha associada a uma escala de importância). Foi elaborado com base na revisão de literatura (sobre desenvolvimento de competências emocionais e função dos enfermeiros supervisores), tendo-se optado pela mobilização do Modelo Proctor (1986) para a função de suporte ou restaurativa. Os 24 itens que compõem a grelha correspondem às características da função de suporte do supervisor clínico, e são adaptados do artigo científico de Brunero e Stein-Parbury (2008). Esta grelha integra as variáveis que pretendemos medir, sob a forma de afirmações que podem ser classificadas segundo uma escala de tipo Likert, desde *nada importante* a *muito importante* (de 1 a 5). Foi realizado o pré-teste com oito estudantes o que permitiu introduzir alterações de forma a chegar à versão final.

A par da aplicação deste questionário aos estudantes realizou-se a análise documental de jornais de aprendizagem elaborados pelos enfermeiros que frequentaram o 3.º CSEEEC da ESEL.

Procedimentos: foi efetuado o pedido de autorização para recolha de dados à Presidência e Comissão de Ética da ESEL. A aplicação dos questionários aos estudantes realizou-se a 20 de fevereiro, no auditório do polo Artur Ravara da ESEL, no final da sessão de introdução à UC ECPPEC do 4.º ano do CLE (8 turmas, 288 estudantes). No sentido de salvaguardar a seguinte condição ditada pela Comissão de Ética/Presidência da ESEL – A aplicação dos instrumentos

de recolha de dados junto dos estudantes não deverá ser realizada por professores da ESEL –, dois colaboradores da linha de investigação “Emoções em Saúde” (não docentes) apresentaram aos estudantes o estudo e apelaram à sua participação através do preenchimento do questionário. Cada estudante, que optou por participar, respondeu individualmente ao questionário sem se identificar. No final, colocaram o questionário numa caixa, aleatoriamente e consoante iam terminando, sendo esta acondicionada pelos colaboradores, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos.

A análise documental dos jornais de aprendizagem elaborados pelos enfermeiros formandos do 3.º CSEEEC será realizada entre maio e setembro de 2013. O 3.º CSEEEC decorreu no ano letivo 2011-2012 e teve como destinatários os enfermeiros prestadores de cuidados que iam iniciar ou já tinham iniciado a sua atividade de supervisores/orientadores de estudantes em Ensino Clínico da ESEL.

A seleção dos jornais de aprendizagem foi realizada através da leitura integral dos 243 documentos que se encontram depositados na plataforma *e-Learning*, quanto aos dados que revelam a descrição e análise sobre a função de suporte e/ou situações emocionalmente intensas vividas pelos estudantes, que exigiram supervisão/orientação, e os resultados no desenvolvimento de competências nesses estudantes.

Análise dos resultados

A partir da grelha de itens que integra o questionário elaborou-se em SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20, uma base de dados para facilitar o tratamento dos mesmos. As variáveis em estudo são os 24 itens da grelha do questionário.

Aplicar-se-á a estatística descritiva, com procedimentos do tipo não-paramétricos. Os dados recolhidos são classificados em termos de frequência e distribuição; da análise de dados regressa-se às hipóteses procedendo-se à sua corroboração ou infirmação.

A par do tratamento de dados dos questionários será realizada análise de conteúdo dos jornais de aprendizagem, cruzando dados quantitativos com dados qualitativos de modo a complementar a informação obtida e a enriquecer a análise. Relativamente às questões abertas do questionário estas serão sujeitas a análise de conteúdo convencional, segundo Hsieh e Shannon (2005), tal como o conteúdo dos jornais de aprendizagem.

A análise de dados dos questionários permitirá:

- Compreender qual o significado de trabalho emocional para os estudantes;
- Compreender as suas necessidades formativas no desenvolvimento de competências para o desempenho do trabalho emocional;
- Compreender as características do supervisor e da própria orientação para o desempenho do trabalho emocional dos estudantes.

E ainda,

- Quantificar a importância que os estudantes conferem na sua formação à função de suporte do supervisor/orientador do EC.

Esta análise será cruzada e relacionada com a análise dos dados dos jornais de aprendizagem, que nos ilustram a perspectiva dos supervisores/orientadores quanto à mobilização desta função de suporte na orientação de estudantes e o que conseguem alcançar com isso, concorrendo para analisar em que medida a função de suporte do enfermeiro supervisor dos estudantes de enfermagem em ensino clínico potencia o desenvolvimento das suas competências para o desempenho do trabalho emocional.

Discussão dos resultados

Os resultados irão permitir corroborar ou infirmar a hipótese: a função de suporte do enfermeiro supervisor/orientador potencia o desenvolvimento de competências do estudante para o desempenho do trabalho emocional em enfermagem. Os resultados serão discutidos à luz de referentes teóricos e científicos de Enfermagem e também de outras disciplinas, tendo em conta a perspectiva dos participantes estudantes e a perspectiva dos participantes enfermeiros.

Conclusões

Consideramos que será possível chegar a conclusões que contribuirão para alcançar uma compreensão mais aprofundada sobre a relação entre a supervisão de estudantes em ensino clínico, o desenvolvimento de competências emocionais e, ainda, o desempenho do trabalho emocional. Estas conclusões permitirão alargar a compreensão do conceito de trabalho emocional em enfermagem, e a sua integração nos programas curriculares dos cursos de Enfermagem desde a formação inicial.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau, 2003.
- ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas.* Coimbra: Formasau, 2007.
- BRUNERO, S. e STEIN-PARBURY, J. The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing.* 2008, 25(3), 86-94.
- CRUZ, S. A supervisão Clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. *Servir.* 2008, 56(5-6), 200-206
- DAMÁSIO, A. *As competências emocionais na educação, 2012* [consultado 10 março 2013]. Disponível em: http://lusopresse.com/2012/270/Entrevista_a_Antonio_Damasio_2.aspx
- FEATHER, R. Emotional intelligence in relation to nursing leadership: does it matter? *Journal of Nursing Management.* 2009, 17, 376-382.
- FRESHWATER, D. e STICKLEY, T. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry.* 2004, 11(2), 91-98.
- GARRIDO, A. *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros.* Dissertação de mestrado. Universidade de Aveiro, 2004.
- GOLEMAN, D. *Trabalhando com a inteligência emocional.* Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.
- HSIEH, H. e SHANNON, S. E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research.* 2005, 15(9), 1277-1288.

- HUBERMAN, A. e MILES, M. Métodos para el manejo y el análisis de dados. In: C. Denman e J. Haro. *Por los rincones: antología de metodos cualitativos en la investigación social*. México: El Colegio de Sonora, 2000.
- HANCOX, K. et al. An evaluation of an educational program for clinical supervision. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2004, 13, 198-203.
- MAUNDER, E. Emotion manegemente in children´s palliative care nursing. *Indian J Palliative Care*. 2008, 14(1).
- MCQUEEN, A. Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, 47(1), 101-108.
- MESTRINHO, M. Parcerias na formação inicial de enfermeiros: um estudo de caso. *Revista Pensar Enfermagem*. 2004, 8(2), 1-27.
- PROCTOR, B. Supervision: A co-operative exercise I accountability. In: M. Marken e M. Payne. *Enabling and Ensuring*. Leicester: National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work, 1986.
- RABIAIS, I. Sensibilidade Emocional dos Estudantes de Enfermagem na Aprendizagem de Cuidar. In: *Emoções em saúde: Contributos*, 2010, pp. 36-54.
- SILVA, at al. Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico - revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011, III(3), 113-122.
- SMITH, P. e GRAY, B. Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: role of link lecturers and mentors in a time of change. *Nurse Education Today*. 2001, 21, 230-237.
- SMITH, P. *The Emotional Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan, 1992.
- VAN SANT, J. E. *The process of connecting with patients' emotional pain in the psychiatric setting*. Dissertação. Pennsylvania: Widener University of Nursing, 2003.
- WINSTANLEY, J. e WHITE, E. Clinical supervision models, measures and best practice. *Nurse Researcher*. 2003, 10(4), 7-38.

Desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa com deficiência: relato de experiência

Monaliza R. Mariano¹; Lorita Pagliuca²; Wilson Abreu³

¹ Universidade Federal do Ceará (UFC), Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

² Universidade Federal do Ceará (UFC), Prof^a. Titular do Departamento de Enfermagem. Doutora em Enfermagem.

³ Escola Superior de Enfermagem (ESEP), Prof.^o Coordenador Principal. Doutor em Ciências da Educação.

Autor correspondente: **Monaliza Mariano** (monalizamariano@yahoo.com.br)

Resumo

Verifica-se, na formação dos profissionais de saúde, um interesse crescente na Formação Baseada em Competências. Trata-se de um processo que associa comportamentos, cognições e atitudes, objetivando determinados resultados da aprendizagem. Durante a formação do enfermeiro, este deve adquirir competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração/gerenciamento e disposições para uma educação permanente. Pretende-se, ainda, que este possa avaliar as suas intervenções, processo que integra a supervisão dos cuidados e da aprendizagem. Contudo, é necessário o recurso a ferramentas (conhecimentos, habilidades e atitudes) que orientam o ensino-aprendizagem. Estas são ainda mais necessárias quando se refere à pessoa com deficiência, o que nem sempre se verifica. Objetivou-se descrever a experiência no desenvolvimento de competências de alunos de enfermagem no cuidado à pessoa com deficiência. Relato de experiência da ministração da disciplina optativa: Enfermagem em situações especiais, no período de março a junho de 2012, com alunos de Enfermagem, a qual aborda: políticas públicas, legislação para as pessoas com deficiência, conceito, comunicação, acessibilidade. Utilizaram-se estratégias de ensino-aprendizagem como uso de filme, discussão em grupo com o público-alvo, visitas/interação às instituições, seminários/dramatização, com a finalidade de iniciar o desenvolvimento de competências dos alunos no cuidado da pessoa com deficiência. As estratégias que mais evidenciaram potencialidades de desenvolver competências foram: discussão em grupo com o público-alvo e seminários/dramatização. Outras proporcionaram reflexão/simulação/experiência, implícitas ao desenvolvimento de competências: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança e educação permanente. Os alunos tiveram a possibilidade de pensar criticamente para desenvolver intervenções de enfermagem, baseadas em evidência. Tornaram-se mais disponíveis para a relação e para equacionar as dimensões éticas na comunicação/relação com as pessoas, liderar a equipe e serem capazes de aprender continuamente. O desenvolvimento de competências requer saber-saber, saber-ser e saber-fazer, com referência a aprendizagens anteriores que se pretende que se tornem significativas.

Palavras-chave: Ensino; competência profissional; enfermeiro.

Abstract

There is, in the training of health professionals, increasing interest in Competency-Based Training. This is the process that associates behaviours, cognitions and attitudes, aiming certain learning outcomes. During the training of nurses, they must acquire general skills: health care, decision making, communication, leadership, administration/management and continuing education. It is intended also to be able to assess their interventions, a process that integrates the supervision of care and learning. However, it is necessary to use requirements (knowledge, skills and attitudes) that guide teaching and learning. These are even more necessary when referring to people with disabilities, which is not always the case. To describe the experience in developing skills of students in nursing care for people with disabilities. This study is an experience report of the optative discipline: Nursing in special situations in the period from March to June 2012, with nursing students, which addresses: public policies, legislation for people with disabilities, concept, communication and accessibility. We used teaching strategies as the use of films, group discussion with the audience, visits/interaction in institutions, seminars/drama, in order to initiate the development of students' skills in the care of people with disabilities. The strategies that showed more potential to develop competencies were: group discussion with the audience and seminars/drama. Other provided reflection, simulation, experiment, implicit to skills development: health care, decision making, communication, leadership, and continuing education. The students were able to think critically to develop nursing interventions based on evidence. Become more available to the relationship and to equate the ethical dimensions in communication and relationship with people, lead the team and be able to learn continuously. Skills development requires know-know, know-being and know-how with reference to prior learning that is intended to become significant.

Keywords: Education; professional competence; nurse.

Introdução

O processo de ensino-aprendizagem tem sofrido mudanças significativas nos últimos anos. Percebe-se um ensino globalizado, com a junção dos saberes, que objetiva atingir determinadas competências para uma atuação mais qualificada (Ferreira Júnior, Grígori e Ivo 2011).

Nessa perspectiva de inovação do ensino, verifica-se, na formação dos profissionais de saúde, interesse crescente na Formação Baseada em Competências (FBC), metodologia diferente dos processos educacionais tradicionais (Bossemeyer e Moura 2006). Trata-se de processo que associa comportamentos, cognições e atitudes, objetivando determinados resultados da aprendizagem.

Durante o desenvolvimento profissional, o enfermeiro deve adquirir competências e habilidades gerais, como: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração/gerenciamento e disposição para a educação permanente.

Essas competências referem-se ao profissional de saúde: estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, além de ser capaz de pensar criticamente, analisar os problemas para a busca da resolução mais efetiva; avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas baseadas em evidências

científicas; ser acessível e manter uma comunicação ética; trabalhar em equipe multiprofissional e assumir posições de liderança; estar apto a gerenciar e administrar tanto os recursos materiais, físicos e de informação, quanto o recurso humano; aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática (Brasil 2001).

Além dessas competências, pretende-se, ainda, que este possa avaliar as suas intervenções, processo que integra a supervisão dos cuidados e da aprendizagem. Contudo, é necessário o uso de requisitos como o conhecimento, a habilidade e a atitude, que orientam o ensino-aprendizagem.

Os cursos de formação do enfermeiro devem contemplar aspectos que permeiam estas três condições, pois o enfermeiro tem como princípios cuidar de maneira eficaz e efetiva, todos os indivíduos, em sua integralidade, atendendo suas necessidades básicas, incluindo as pessoas com deficiências. Assim, é válido capacitar os cursos de graduação em Enfermagem a fim de que os futuros enfermeiros possam atuar de maneira eficaz as pessoas com deficiências (Rebouças et al. 2011), pois os requisitos do conhecimento, habilidade e atitude são ainda mais necessários quando se refere à Pessoa com Deficiência (PcD), o que nem sempre se verifica.

Nesse contexto, a utilização das novas tecnologias e estratégias em sala de aula, como suporte para compartilhar conhecimento com os alunos, está em voga nas discussões pedagógicas (Oliveira et al. 2012). É válido lembrar que a capacidade de um indivíduo em relembrar os conhecimentos adquiridos em sala de aula aumenta quando o material é aprendido por meio de métodos participativos, como, por exemplo, as palestras com apresentações visuais e verbais, dramatizações, casos práticos e filmes, e, ainda, por meio da prática em laboratório (Bossemeyer e Moura 2006).

Diante destas considerações, a inovação e a elaboração de estratégias na sala de aula são relevantes, pois têm o objetivo de despertar no discente sensibilização e reflexão perante as especificidades das pessoas com deficiência, mostrando-lhe a realidade vivenciada por esta clientela (Oliveira et al. 2012).

Este artigo tem por objetivo descrever a experiência como docente no desenvolvimento de competências de alunos de Enfermagem no cuidado à pessoa com deficiência.

Método

Relato de experiência como discente na ministração da disciplina optativa: Enfermagem em situações especiais, com carga horária de 32 horas, do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), no período de março a junho de 2012. Frequentaram a disciplina 32 alunos de Enfermagem do 3.º, 4.º e 5.º semestres. Esta tem por objetivo sensibilizar os alunos para a temática do cuidado à pessoa com deficiência.

Os assuntos contemplados são: políticas públicas e legislação para as pessoas com deficiência, evolução do conceito, indicadores de saúde, comunicação com as pessoas com deficiência, acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços de saúde, tecnologias assistivas e abordagem interpessoal do profissional da saúde com pessoas com deficiência física, visual e auditiva.

No processo de ensino-aprendizagem foram adotadas, em sala de aula, estratégias alternativas como: uso de filme, discussão em grupo com o público-alvo, visitas e interação às insti-

tuições, seminários abordando a temática pessoa com deficiência e dramatização, simulando situações reais, com a finalidade de iniciar o desenvolvimento de competências dos alunos no cuidado à pessoa com deficiência.

As estratégias serão descritas e avaliadas de acordo com as competências citadas e baseadas na literatura.

Foram respeitados os aspectos éticos de acordo com as normas que regulam as pesquisas com seres humanos conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ressalta-se, ainda, que este trabalho está inserido no projeto Laboratório de Comunicação em Saúde e recebeu aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UFC com n.º 124/02.

Resultados e discussão

A abordagem que se procurou realizar nesta disciplina diverge da tradicional, a qual se transmite conteúdos por meio de recursos multimídia, de forma unidirecional, sem questionar ou diagnosticar os conhecimentos prévios dos alunos, e este pouco se insere no processo.

Corroborando com a literatura, que afirma que o ensino tradicional está centrado no professor, definindo o que o estudante deve aprender conforme os conteúdos das aulas (Paranhos; Mendes, 2010).

Contudo, os métodos adotados nesta disciplina permitiram aos alunos participarem de sua aprendizagem, colaborar com informações prévias, compartilhar e aprimorar novos conhecimentos. Além disso, teve-se o cuidado em diversificar estratégias de aprendizagem, seguindo a ideia de que deve ser respeitada a individualidade de cada pessoa.

Ao desenvolver as atividades com os alunos, buscou-se suscitar o desenvolvimento de algumas competências que são relevantes na formação do enfermeiro como: a comunicação, tomada de decisão, educação permanente, as quais devem ser direcionadas dentro dos princípios éticos e legais do exercício da profissão.

Dentre as estratégias realizadas, percebeu-se que os alunos puderam questionar sobre a necessidade de aprimorar competências que são essenciais ao cuidado com a pessoa com deficiência, e que as atividades evidenciaram potencialidades para exercitar diversas competências.

Entretanto, ressalta-se que a execução das estratégias pelos alunos necessita ter orientação, motivação e colaboração do docente. Isto é reforçado pela literatura, a qual se afirma que a participação dos alunos no seu processo de aprendizagem requer, ainda, que o formador facilite e encoraje a aprendizagem em detrimento da sua atuação como professor tradicional (Bossemeyer e Moura 2006).

Além da importância da intervenção do docente, de maneira que permita o aluno ser ativo no processo da aprendizagem, ainda se evidencia que o uso das estratégias alternativas e diversificadas, desperta o docente a explorar a potencialidade que cada uma oferece como se percebeu dentre as utilizadas nessa disciplina.

O uso do filme permitiu o aluno avaliar possíveis situações as quais poderá vivenciar, e refletir sobre sua conduta ao comunicar-se com esse público, e ainda, pensar criticamente sobre o cuidado que deve ser direcionado, ressaltando que cada pessoa com deficiência possui peculiaridades.

Num estudo anterior, associar o uso de filmes a conteúdos teóricos e leitura de textos sobre determinado tema foi considerado pelos alunos uma experiência válida, prazerosa e que contribuiu para motivar e consolidar a aprendizagem (Oliveira et al. 2012).

Já a discussão em grupo com o público-alvo ocorreu com os alunos e pessoas com deficiência física, visual e auditiva convidadas a participar desse momento. Foram abordados assuntos relacionados à deficiência como inclusão social, trabalho, acessibilidade, e ainda a relação profissional-pessoa com deficiência. Além da discussão, ainda foram realizadas dinâmicas elaboradas pelos próprios convidados, a fim de sensibilizar o aluno sobre sua postura ao lidar com PcD. A interação dos alunos com o público-alvo da disciplina proporcionou-lhes exercitar a comunicação com essa clientela e avaliar como seria realizado prevenção, promoção e reabilitação com estas pessoas.

A relevância dessa interação encontra suporte na literatura, na qual refere que o estudante de Enfermagem, em virtude da falta de formação adequada, possui dificuldades ou até mesmo evita estabelecer um contato mais próximo com clientes com deficiência, transferindo a outra pessoa, geralmente, esta responsabilidade (Pagliuca, Régis e França 2008).

Assim como a discussão em grupo, as visitas às instituições permitiram um contato mais próximo dos alunos com as PcD, facilitando o relacionamento, comunicação, e, ainda, percebeu-se a realidade de atenção à saúde dispensada por profissionais que estão na assistência.

A estratégia de seminários realizados em grupo evidenciou o treinamento da liderança, do gerenciamento de indivíduos e realização de planejamento para a execução do evento. Além disso, adquiriram conhecimento sobre a temática da PcD para buscar realizar uma atenção à saúde adequada, voltada para essa clientela e ser capaz de analisar criticamente uma situação e solucioná-la.

Na dramatização foi ofertado um caso, com contexto e personagem, em uma situação específica. Diante disso, o grupo deveria reunir-se e dramatizar o caso. Estas permitiram ao discente avaliar a postura da equipe e dos alunos individualmente, as atitudes diante do caso, a ética e conduta na abordagem da PcD.

Essas simulações instigaram nos alunos as competências de realizar a atenção à saúde nos diversos níveis, a refletirem criticamente para decidirem sobre a melhor ação ou atitude a ser executada em uma situação, a comunicação mais adequada com as PcD, a postura de liderança em algumas situações, como gerenciar recursos humanos e materiais para exercer um cuidado efetivo e eficaz, e ainda aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

Corroborando com a exposição acima, concluímos que os alunos vivenciam uma experiência ímpar através da dramatização e, ainda, que esta atividade mobiliza e estimula o processo de aprendizagem, despertando no sujeito a consciência do valor e importância do trabalho em grupo, da cooperação com o outro, motivados pela conquista de um resultado comum (Tobase, Gesteira e Takahashi 2007).

Considerações finais

A utilização de estratégias alternativas no processo ensino-aprendizado como busca de suscitar o início do desenvolvimento de competências nos alunos de graduação da Enfermagem foram válidas.

Estas possibilitaram aos alunos pensar criticamente para desenvolver intervenções de enfermagem, baseadas em evidência. Tornaram-se mais disponíveis para a relação e para equacionar as dimensões éticas na comunicação/relação com as pessoas, liderar a equipe e serem capazes de aprender continuamente.

Ainda permitiu reflexão/simulação/experiência, implícitas ao desenvolvimento de competências: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança e educação permanente.

Perante estes resultados, a experiência do recurso a esta estratégia inovadora no processo de ensino-aprendizado foi ímpar e válida, considerando o desempenho obtido pelos alunos, associado à satisfação da execução das atividades e da troca de conhecimento e percepções dos alunos.

O desenvolvimento de competências requer saber-saber, saber-ser e saber-fazer, com referência a aprendizagens anteriores que se pretende se tornem significativas.

Referências bibliográficas

FERREIRA, JÚNIOR M. A., GRÍGOLI, J.A.G e IVO, M.L. Teaching by skills in nursing: interpretations and practices of teaching. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2011, **1**(2), 143-53.

BOSSEMEYER, D. e MOURA, E.R.F. *Formação de formadores: Manual de referência (revisão e adaptação para o programa de apoio a prevenção do HIV/SIDA)*. Baltimore: JHPIEGO/Johns Hopkins University, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

REBOUÇAS, C. B. A. et al. People with physical and sensory deficits: perceptions of undergraduate nursing students. *Acta Paul Enferm.* 2011, **24**(1), 80-86.

OLIVEIRA, P.M.P. et al. The use of movie as a strategy for teaching-learning about people with impairments: perception of nursing students. *Esc Anna Nery.* 2012, **16**(2), 297-305.

PARANHOS; V. D. e MENDES, M. M. R. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010, **18**(1).

PAGLIUCA, L. M. F., RÉGIS, C. G e FRANÇA, I. S. X. Análise da comunicação entre cego e estudante de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2008, **61**(3), 296-301.

TOBASE, L., GESTEIRA, E. C. R. e TAKAHASHI, R. T. Review of the literature: the use of the role playing in nursing education. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2007, **9**(1), 214-228.

O trabalho do tutor na aprendizagem clínica dos estudantes: recurso ao processo supervisivo

Sérgio C. Soares¹; Wilson Abreu² & Nilza Costa³

¹ Hospital de Anadia, Enfermeiro.

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador principal.

³ Universidade de Aveiro, Professor catedrático.

Autor correspondente: **Sérgio Soares** (sergiocsoares@net.sapo.pt)

Resumo

A investigação sobre supervisão e ensinos clínicos dos estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem tem vindo a realçar a centralidade do tutor. Häggman-Laitila et al. (2007) sugerem a sistematização do seu trabalho. A pesquisa é parte de outra mais abrangente que circunda a complexidade da formação dos estudantes de enfermagem em contexto clínico, sendo o *focus* de atenção a intervenção supervisiva do tutor. Os objetivos foram: analisar atividades de orientação dos estudantes; caraterizar expectativas em relação ao tutor; avaliar como as parcerias interferem no trabalho do tutor e identificar fatores contextuais que se interpõem com as funções do tutor. Recorremos à observação etnográfica em três contextos distintos durante seis meses: USF, UCP e unidade de cirurgia. Socorremo-nos de um grupo de peritos e à análise documental. As representações em relação às problemáticas apresentadas foram assentes através da análise de conteúdo temática. Os principais resultados situam-se nas seguintes dimensões: atividades cuidativas e formativas do tutor, expectativas dos atores sobre o trabalho do tutor, recurso a estratégias supervisivas (reflexão, observação, questionamento, comunicação e avaliação) e a avaliação do desempenho do tutor. As dificuldades manifestas no decurso da tutoria situam-se fundamentalmente em áreas com sentido para a Enfermagem (promoção do autocuidado, gestão do regime terapêutico, gestão de sinais e sintomas). Concluimos que o tutor evidencia uma preocupação com a relação entre pares e com a gestão de emoções. O acompanhamento do estudante é pouco sistematizado e coloca-se também em evidência a necessidade de uma avaliação consistente do tutor.

Palavras-chave: Tutor; ensino clínico; supervisão; processo.

Abstract

The research on supervision and clinical education of nursing degree students has been highlighting the central role of the tutor. Authors as Häggman-Laitila et al. (2007) suggest the systematization of this work. The research is part of a broader study that includes the complexity of the education of nursing students in clinical context, being the focus of attention the supervision intervention of the tutor. The goals here: to analyze activities of students' orientation; to characterize expectations in relation to the tutor; to evaluate as the partnerships intervene with the tutor's work and identify contextual factors that interposes with the tutor work. The study is based on an ethnographical research in three distinct contexts during 6 months: USF, UCP and surgery ward and was used an expert group and documents analysis design. The scrutiny of the representations was made through the thematic analysis. The results are placed in the following dimensions: caring and education activities of the tutor, expectations of the actors on the tutor's work, usage of supervisory strategies (reflection, questioning, communication and evaluation) and the assessment on tutor's performance. The manifested difficulties in the continuous tutorship are placed basically in nursing relevant areas (self-care promotion, therapeutic regimen management, signs and symptoms management). We conclude that the tutor evidences a concern with the relation between peers and emotions management. The follow-up of the student is somewhat systematic and places in evidence the necessity of a consistent evaluation of the tutor.

Keywords: Tutor; clinical education; supervision; process.

Nota introdutória: contexto teórico do estudo

O ensino clínico dos estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem tem sido marco de investigação: desenvolvimento de competências, aquisição de identidade, transferência de conhecimento da teoria para a prática, compreensão das transições vivenciadas pelos utentes, tomada de decisão clínica e construção de pensamento ético (Carvalho 2002; Carvalho 2004; Fernandes 2007; Rua 2009; Santos 2009). A mesma investigação identifica um conjunto de aspetos que por vezes se constituem em constrangimentos na atividade do tutor: formação pouco consistente, acumulação da atividade de tutoria com a de prestação de cuidados, estratégias de designação dos tutores, diversidade curricular das escolas, trabalho de parceria, reconhecimento institucional do seu papel e, a nosso ver, a sistematização do processo supervisiivo.

Uma proposta de “modelo de orientação de estudantes” configura-se como uma matriz, não para aplicar, mas para servir de referente organizador para as atividades do tutor e para as aprendizagens dos estudantes. Apesar de se reconhecer as singularidades e as riquezas de cada contexto de formação, não deve ser colocada de parte a possibilidade de fazer emergir algumas linhas orientadoras, transversais aos processos de tutoria, que possam dar subsídios aos processos organizados e formais de aprendizagem clínica.

É-nos relevante a necessidade de produzir investigação sobre a intervenção, simultaneamente pedagógica e clínica do tutor, sabendo desde logo que este assume um papel indispensável em três vertentes distintas: formação dos estudantes, estratégias de parcerias com a escola e cultura organizacional nas instituições de saúde. Estas três dimensões estão interligadas e,

como refere Rua (2009), não raro a organização do trabalho do tutor e a sua sistematização pouco consistentes e consequentes, denotando dificuldades que são claramente sentidas pelos estudantes.

Numa recente obra, Abreu (2007) refere a necessidade de prosseguir com a investigação sobre o tema quando afirma: "Torna-se necessário desenvolver investigação centrada nas aprendizagens clínicas, modelos de supervisão clínica, condicionantes dos modelos de qualidade, experiências de tutoria e inteligência emocional em contexto clínico" (p. 242).

No âmbito das reflexões sobre estes aspetos Pires, Simões e Garrido (2008) debatem algumas das dimensões da supervisão, no contexto do ensino clínico, nomeadamente sobre a necessidade de se repensar a prática supervisiva por parte dos atores envolvidos, enfatizando a atividade didática e pedagógica do tutor e o formato de avaliação deste desempenho.

Para Abreu (2007), o ensino clínico é um segmento formal de formação no qual o formando lida, sob supervisão, com respostas humanas, em situações de saúde e doença, envolvendo-se como um todo, tendo em vista graus progressivos de autonomia. Para o autor, na prática clínica o formando aprende em contexto real, lida com a pressão da responsabilidade, aprende a gerir emoções, constrói a sua identidade, aprofunda o pensamento ético e aprende a utilizar as tecnologias sem menosprezar a vertente humana. Assim, consideramos que o aprofundamento do estudo do processo de acompanhamento dos estudantes por parte dos tutores poderá contribuir para a sistematização e reconhecimento da idoneidade de um conjunto de intervenções ligadas às instituições de ensino, tendo em vista a formação de futuros profissionais, assim como a intervenção formativa do tutor.

Opções metodológicas

O trabalho de extração, compreensão e desocultação das diferentes lógicas investigativas sobre o tema tem aqui a finalidade que considerámos condição *sine qua non* na persecução da pesquisa empírica, enformada ao estudo *multicaso* com recurso a métodos etnográficos. Consistente com este desiderato recorreremos à observação para colheita de informação, em três contextos: Serviço de Cirurgia, Unidade de Saúde Familiar e Unidade Cuidados Paliativos. As instituições de ensino que recorrem a estes serviços para a realização do ensino clínico foram, igualmente, objeto da nossa atenção. O trabalho de campo realizou-se entre março e julho de 2012 com a observação do trabalho de um total de 12 tutores com três grupos de estudantes, de três escolas.

O problema de partida, que de alguma forma deu corpo a toda a pesquisa foi: *Que subsídios disponibiliza o tutor das práticas clínicas no processo de transição do estudante do curso de licenciatura em Enfermagem para vida profissional?*

Os objetivos foram: analisar as atividades de orientação dos estudantes nos diferentes contextos; identificar os estilos de supervisão emergentes; caracterizar as expectativas em relação às intervenções do tutor; avaliar a forma como as parcerias interferem no trabalho do tutor e identificar fatores contextuais que interpõem-se com as funções do tutor. Elegemos como participantes do estudo 12 tutores que se responsabilizaram pelo acompanhamento e supervisão de estudantes em estágio. Ao assumirmos uma abordagem de natureza ecológica, o trabalho de campo permitiu problematizar todo um conjunto de aspetos que envolvem o processo supervisivo: relações com estudantes e docentes, trabalho de parceria, intervenção

didática, estilos de supervisão, vertentes do processo supervisivo e focos de atenção nas intervenções de enfermagem.

Apesar de termos consciência da sua complexidade, apelámos também a um grupo de peritos com o qual procedemos a debates e discussões ao longo da pesquisa. No contexto da observação, para além de conversas informais, recorreremos ainda à análise de documentos que considerámos relevantes, quer das instituições de saúde (documentos de política de estagiários e manual da qualidade), quer das escolas presentes naqueles contextos (guia orientador de estágio, modelo de orientação, trabalhos de parceria, entre outros).

A tarefa analítica realizou-se com a recolha permanente de informação através da redação de notas de campo. O trabalho posterior assentou na visão spradliana de descrever, focalizar, seleccionar e taxonomizar (Spradley 1980). De acordo com Spradley (1980), na nossa abordagem, realçamos que os objetivos foram muito além da mera descrição dos componentes das situações, permitindo a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento. Recorremos à triangulação de dados e dos contextos (das fontes que radicam em três unidades de análise). Nela identificámos as comunalidades e as divergências entre as três situações seleccionadas.

Discussão: a sistematização do trabalho do tutor

Os campos onde decorreu a recolha da informação são os lugares onde os enfermeiros, para o interesse da investigação, vivenciam as suas experiências de vida profissional na prestação de cuidados, mas também tutores dos processos de aprendizagem dos estudantes que aí realizaram as suas aprendizagens em articulação com os docentes, elos de ligação com as instituições académicas.

Uma nota também necessária para as “escolas” presentes em que os seus modelos de formação são diferentes. A sua vinculação histórica à sociedade também. Daí que as preocupações com o desenvolvimento de competências dos seus estudantes, apesar de configuradas numa identificação dada pelo *curriculum* comum, sendo distintas na forma são idênticas nos conteúdos. Também os momentos de aprendizagem dos estudantes presentes foram diversos. Apesar das preocupações dos tutores em retribuir perante as múltiplas necessidades formativas dos vários estudantes nos diferentes contextos, notou-se uma preocupação para responder ao formato individual como eles deveriam construir as suas competências.

Nas nossas observações começa a apontar-se um caminho faseado do trabalho do tutor. São já identificadas três fases de trabalho em que a sua ação formativa vai sendo distinta. Numa fase inicial referem a integração como fundamental para o posterior ritmo de aprendizagem dos estudantes. A fase intermédia é considerada a fase em que os estudantes vão experimentando as técnicas e consolidando as relações. Finalmente, sublinham a existência de uma fase de autonomia, mas em que o tutor está sempre presente. Todo este trabalho está encerrado, por sua vez no que se denomina de processo supervisivo. Nele está enquadrado o planeamento prévio e ainda a sua avaliação final para a introdução dos aspetos de melhoria na atividade do tutor (Häggman-Laitila et al. 2007).

O tutor como cuidador

Os enfermeiros, com a responsabilidade de conduzir as orientações para o desenvolvimento das aprendizagens dos estudantes, tinham um conhecimento sólido de toda a sua atividade assistencial quer a nível cirúrgico, em cuidados primários como no cuidado na terminalidade. A prestação de cuidados decorreu muito da dimensão da relação terapêutica.

Foi frequente encontrarmos os enfermeiros a realizarem as suas intervenções executórias como tratamentos a feridas, otimização de sondas, administração de terapêutica, participação em exames complementares de diagnóstico, manutenção de cateteres, entre outros. Nestes momentos estavam sempre presentes os estudantes que tinham a oportunidade de o ver em ação. Frequentes, também, foram os momentos em que os estudantes iam relatando, nos seus diários, algumas notas que pensamos serem extraídas dos seus próprios processos observacionais.

Observando a aprendizagem de “ser enfermeiro” como uma participação periférica legítima, na ótica de Abreu (2001), significa que aprender enfermagem não é apenas uma condição de pertença, mas antes uma forma evolutiva dessa mesma pertença. Aos estudantes foram dadas a oportunidade de perceberem precisamente esta ritualidade procedimental, facultando-lhes a leitura para reconhecerem as atividades das suas diferentes ações.

A atividade formativa do tutor

Sentimos, nestes profissionais, as competências adequadas às atividades formativas a desenvolver de acordo com esta área e ter requisitos que lhe são reconhecidos pelos superiores assim como pelos seus pares. Wilson (1996) refere que a supervisão só poderá ter sucesso se for formalizada com um contrato, ter um modelo de trabalho ao longo do tempo (objetivos, etapas, práticas a desenvolver), preparar o próprio supervisionado e ser monitorizada (através do evento, dos sentimentos, dos aspetos trabalhados e da ação realizada) para a melhoria dos seus desempenhos.

Para que os objetivos de aprendizagem em contexto clínico fossem alcançados, a efetividade da gestão do acompanhamento do estudante em todas as suas atividades, formais e informais, foi imprescindível e, nesse sentido, tornou-se um dos fatores-chave no processo de ensino e aprendizagem. Apesar de não estruturada em qualquer matriz, verificou-se que os profissionais têm um sentido no estar com o seu estudante. Os enfermeiros, alegando a indispensabilidade de promover o desenvolvimento profissional na unidade, para que o trabalho dos estudantes seja eficaz e ocasione melhores resultados para eles, geraram adequadamente todos os momentos observados que refletiram a necessidade de aprender: “Vais vendo como eu faço e daqui a uns dias já estás a fazer sozinho!” (SC, OP - 2). A relação supervisiva criada entre os tutores e os estudantes dependeu de forma determinante das estratégias utilizadas. Tendo em vista a promoção das aprendizagens para a profissionalidade, foi necessário que os enfermeiros tutores evidenciassem as características que facilitem o desempenho desse papel, bem como competências profissionais, éticas e pedagógicas.

O recurso às estratégias supervisivas pelo enfermeiro tutor

A reflexão sobre as práticas foi surgindo, e tendo cambiantes evolutivos no decorrer do estágio, associada ao modo como os enfermeiros tutores lidaram com os problemas decorren-

tes das intervenções de enfermagem prestadas por eles ou pelos estudantes. Foi sendo dada possibilidade aos estudantes de aceitar um estado de incerteza e estarem abertos a novas hipóteses contribuindo, assim, para uma reestruturação desses problemas, descobrindo novos caminhos, construindo, refletindo e concretizando soluções. Os tutores estabeleceram vários níveis de reflexão ao longo do ensino clínico.

Maioritariamente as questões lançadas pelos enfermeiros tutores tiveram como objetivo: controlo de comportamento; gestão do ensino clínico; verificação da compreensão dos assuntos; obter *feedback*; rever conceitos; perceber a situação dos estudantes; estímulo ao pensamento crítico e reflexivo; estímulo à curiosidade e ajuda da formulação e resolução de problemas. Por sua vez, os estudantes apresentaram também questões. As iniciais foram para perceber do contexto e das práticas dos profissionais, mas, numa fase avançada do estágio, observou-se que eles pretendiam perceber do seu comportamento; verificar da correção; formulação e resolução de problemas; conhecer a posição do tutor e obter *feedback*.

A observação, utilizada como estratégia pelos tutores, parece ter sido guiada por um objetivo definido para além das questões de segurança, algo que eles desejavam saber sobre as aprendizagens dos estudantes em atividades específicas. A observação envolveu a análise do conhecimento e as técnicas observadas pelo tutor no seu estudante. Observando cada situação única durante a execução de uma intervenção, maioritariamente as instrumentais, ou estudando toda a intervenção em pormenor para detetar todos os riscos da atuação do estudante junto do utente.

Os tutores evidenciaram uma elevada interação dando atenção especial ao uso da linguagem analógica na comunicação, percebendo a sua forma de falar com os estudantes, as regras e protocolos, os contextos em que se realizaram e as condições segundo as quais os estudantes também interagiram em determinadas situações. Verificou-se por parte dos tutores o desejo de se aproximar nos gestos do corpo, nos movimentos dos olhos e nas mímicas. Este recurso estava sempre associado às palavras que proferiam, quer na forma, quer na qualidade, que tinha reflexos nos estudantes. A interação dos sentidos foi evidenciada em ambos os interlocutores. Essa ligação estava estruturada nas competências emocionais dos tutores. A competência emocional tornou-se numa demonstração da auto-eficácia nas transações sociais, que produziram emoções que vão desde as palavras aos gestos (Goleman 2005). Na relação terapêutica, com o utente, e supervisiva, com o estudante, esta é sobejamente importante.

O interesse dado pelos tutores às grelhas de avaliação adquiriu contornos de variação. Consideram que as folhas de avaliação têm como missão ajudar os tutores a objetivar alguns critérios de apreciação que são, de certa forma, subjetivos, segundo eles referem. Exemplificaram os aspetos relacionados com o comportamento, participação e qualidade desta, relações interpessoais e expressão dos sentires dos estudantes. Os estudos de Carvalho (2004) dão consistência às nossas preocupações sobre o recurso a esta estratégia supervisiva. Não foi evidente que estes documentos tenham sido trabalhados, ou motivo de análise, desde o princípio do ensino clínico. Os tutores percebem a necessidade de uma avaliação intercalar apesar dos receios que nela recaem. A autoavaliação foi realizada de diversas formas, existindo fatores que contribuíram para determinar qual o modo mais apropriado para desenvolver um processo desta natureza: aspetos cognitivos, atitudes e comportamentos e a destreza técnica.

Expetativas e avaliação do trabalho do tutor

Se as exigências de uma diferente abordagem das aprendizagens, em ensino clínico, forem bem direcionadas, podem proporcionar a formação de profissionais críticos, reflexivos (Santos 2009).

A instituição de saúde não está, a nosso ver não pode estar, isolada da academia. Macedo (2012), numa das suas conclusões, passou por sublinhar que a formalização das parcerias leva à construção de linhas orientadoras para a qualidade das práticas e com reflexos na formação de estudantes.

Os tutores referem gostar da atividade de tutoria. Apontam a execução de um relatório de estágio e a autoavaliação como forma de avaliar os seus desempenhos. Durante o processo observacional, notou-se que os tutores estiveram implicados no desenvolvimento das aprendizagens, competências e consecução dos objetivos dos estudantes. No entanto, não exprimiram positiva ou negativamente este facto. Foram evidentes atitudes de ajustamento do trabalho do tutor com o *feedback* dado pelas aprendizagens dos estudantes. Durante o processo, o envolvimento diádico, quer seja dos estudantes ou dos tutores, refletiu-se no desempenho da aprendizagem e consequentemente no resultado da avaliação como processo final.

Notas conclusivas

O enfoque dos contributos deste estudo está, principalmente, nos tutores e no seu trabalho no âmbito do ensino clínico. As nossas constatações refletem a sistematização do processo, a escolha do tutor, a organização das práticas pedagógicas, didáticas e supervisivas, os trabalhos de parceria e o desenvolvimento do perfil de competências dos estudantes, que podem melhorar a atividade formativa do tutor. O processo que o tutor desenvolve parece estar estruturado em três fases que carecem agora de confirmação. O *modus operandi* do processo supervisivo pode ser determinante do sucesso da relação e com efeitos nas práticas clínicas de quem forma e de quem é formado.

Globalmente, os resultados sugerem a necessidade de uma prática de tutoria, sistemática e sistematizada, que pronuncie um desenvolvimento efetivo da aprendizagem do estudante.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Editora Formasau, 2007.
- CARVALHAL, R. *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: Perspectiva dos actores*. Loures: Lusociência, 2002.
- CARVALHO, A. *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.
- FERNANDES, O. *Entre a teoria e a experiência: Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência, 2007.
- GOLEMAN, D. *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e debates, 2003.
- HÄGGMAN-LAITILA, A. et al. Nursing Students in Clinical Practice: Developing a model for clinical supervision. *Nursing Education in Practice*. 2007, 7, 381-391.

MACEDO, A. *Supervisão em enfermagem: construir interfaces entre a escola e o hospital*. Santo Tirso: De Facto Editores, 2012.

PIRES, R., SIMÕES, J. e GARRIDO, A. *Supervisão clínica em enfermagem: Perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

RUA, M. *De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em ensino clínico*. Tese de Doutoramento [não publicada], Universidade de Aveiro, 2009.

SANTOS, M. *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico: estudo qualitativo na formação inicial de em enfermagem*. Tese de Doutoramento [não publicada], Universidade de Aveiro, 2009.

SPRADLEY, J. *Participant Observation*. NY: Rinehart and Winston, 1980.

WILSON, T. Levels of helping: a framework to assist tutors in providing tutorial support at the level students want and need. *Nurse Education Today*. 1996, **16**(4), 270-273.

Implementação de estratégias de supervisão clínica em enfermagem nos serviços de saúde

Inês Rocha¹; Margarida Reis Santos² & Regina Pires³

¹ Centro Hospitalar de S. João, E.P.E., Enfermeira. Mestre em Supervisão Clínica em Enfermagem.

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, docente.

Autor correspondente: **Inês Rocha** (inesarsrocha@gmail.com)

Resumo

A supervisão clínica em enfermagem tem um papel crucial na promoção da qualidade do exercício profissional, uma vez que através deste processo se incrementa a reflexão das práticas, no sentido de melhorar os cuidados, tornando-os mais significativos para os clientes. O processo supervisoivo contempla o desenvolvimento de competências, fornecendo suporte e encorajamento pessoal e profissional aos enfermeiros, sendo também fundamental que o supervisor clínico adote estratégias de supervisão dinâmicas e individualizadas, com o intuito de promover o desenvolvimento de cada enfermeiro. O presente estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da identificação das estratégias de supervisão clínica em enfermagem adequadas aos processos supervisoivos em uso nos contextos de saúde, tendo por objetivo identificar a frequência com que as estratégias de supervisão clínica são implementadas. A investigação insere-se no paradigma quantitativo, do tipo descritivo, de cariz exploratório, de natureza transversal. A amostra não probabilística é constituída por 273 enfermeiros de diferentes serviços e instituições. Os dados foram colhidos através da aplicação do Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem, entre maio e setembro de 2012. Como conclusão do estudo salienta-se que as estratégias que os enfermeiros entendem que são mais frequentemente aplicadas nos serviços de saúde são a observação, a demonstração e o apoio.

Palavras-chave: Estratégias; qualidade do exercício profissional; supervisão clínica em enfermagem.

Abstract

Clinical Supervision has a crucial role in achieving a quality nursing practice since the supervisory process may lead to questioning of actions to improve more meaningful care to patients. The supervisory process must also allow the skill development, providing encouragement and personal and professional support to nurses. It is therefore necessary that the clinical supervisor implements dynamic and individualized monitoring strategies, in order

to promote the development of each nurse. This research aims to improve the quality of care through the identification of clinical supervision strategies appropriate to the supervisory processes in use in the different contexts of health. The objective of the present study is to identify the frequency in which clinical supervision in nursing strategies are implemented in health services. This research is part of a quantitative paradigm and it is a descriptive, exploratory and cross study. The non-probabilistic sample consists in 273 nurses of different wards and institutions. Data were collected through the application of the Questionnaire of Frequency Assessment of Clinical Supervision in Nursing Strategies, from May to September of 2012. As conclusion of the study we highlight that the clinical supervision in nursing strategies that nurses report as the most implemented in health services are observation, demonstration and support.

Keywords: Strategies; quality of professional practice; clinical supervision in nursing.

Enquadramento teórico

A supervisão clínica em enfermagem (SCE) pode ser considerada "(...) um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem, que permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, assumirem responsabilidades pela sua prática e promoverem a proteção e a segurança do cliente em situações clínicas complexas" (DoH 1993 cit. por DoH 2000, p. 1). O processo supervisoivo deve 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).

Pode-se afirmar que a SCE é fundamental para a disciplina de Enfermagem, uma vez que enfermeiros reflexivos, pela análise do seu trabalho, contribuem para o desenvolvimento do conhecimento e da qualidade dos cuidados, enfatizando a importância da profissão na sociedade (Hong e Chew 2008; McColgan e Rice 2012).

No sentido de garantir a eficácia da implementação da prática reflexiva e, consequentemente, promover o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, o supervisor clínico deve selecionar as estratégias de supervisão que melhor se adequem à personalidade e características do supervisionado, com o intuito de otimizar o seu desempenho clínico (Pires 2004; Fonseca 2006; Jones 2006). Face ao exposto, o supervisor clínico deve possuir conhecimento sobre as metodologias a implementar e providenciar os recursos adequados às necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento dos supervisionados (Chong 2009; Moura e Mesquita 2010).

Com o objetivo de se identificar um conjunto de estratégias de SCE, procedeu-se a uma revisão da literatura e evidência científica disponível, tendo-se selecionado as dezasseis consideradas mais relevantes para a SCE, as quais integram o Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem (QAFESCE): sessões de supervisão individuais; sessões de supervisão em grupo; *feedback*; análise crítico-reflexiva das práticas; análise de casos com o supervisionado; análise de casos em grupo; auto supervisão; análise de documentação dos cuidados de enfermagem; demonstração; relatório reflexivo; supervisão à distância: telefone; supervisão à distância: *e-mail*; supervisão à distância: *skype*®; apoio; formação contínua e observação.

Finalidade e objetivo

O presente estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional, através da identificação de estratégias de SCE adequadas aos processos de supervisão nos atuais contextos de saúde, proporcionando aos enfermeiros a sua participação ativa neste processo. O objetivo da investigação consiste em identificar a frequência com que as estratégias de SCE são implementadas nos serviços de saúde.

Metodologia

Atendendo à finalidade e à natureza específica da problemática que se pretende analisar, optou-se por uma abordagem quantitativa. A opção por um paradigma quantitativo vai de encontro ao que é defendido por Winstanley e White (2003), que referem que é perentório a criação de instrumentos para avaliar a eficiência da SCE, sendo essencial realizar mais investigação quantitativa nesta área. Este estudo é descritivo, de cariz exploratório, pois pretende-se obter mais informações sobre as características da população e sobre o fenómeno em estudo, dado este ser ainda relativamente pouco estudado e sobre o qual existe ainda pouca investigação produzida. No que respeita à temporalidade, classifica-se como transversal, tendo a recolha de dados ocorrido num só momento, entre maio e setembro de 2012.

Para a presente investigação, a população alvo são os enfermeiros portugueses e considerou-se como população acessível os enfermeiros do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E. (CHSJ) e da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. (ULSM). Para integrar a amostra do estudo selecionaram-se os enfermeiros dos serviços de Cirurgia Geral Homens, Medicina B Mulheres e Neurocirurgia do CHSJ e dos serviços de Cirurgia B, Medicina M, Pediatria e Centros de Saúde (CS) da ULSM, num total de 360 enfermeiros distribuídos pelos diferentes serviços e unidades. Foram definidos como critérios de inclusão no estudo «ser enfermeiro» e «aceitar participar no estudo». Nesta investigação, recorreu-se primeiramente à amostragem não probabilística por conveniência e, posteriormente, utilizou-se a amostragem em rede. Para isso, criou-se uma aplicação na *internet* onde foi introduzido o QAFESCE, tendo-se enviado a vários enfermeiros, não pertencentes aos serviços supramencionados, um *e-mail* com esse *link*, solicitando-se a sua participação no estudo e o reencaminhamento do *e-mail* para outros colegas. A aplicação do QAFESCE foi então feita de uma forma direta – em contexto hospitalar e em CSP – e indireta – através da plataforma eletrónica –, sendo que em ambos os casos o questionário foi autoadministrado, uma vez que foi preenchido pelos próprios participantes.

Para colher os dados necessários a esta investigação, optou-se por criar um questionário, uma vez que na pesquisa efetuada não se encontrou nenhum que avaliasse a frequência com que são implementadas as estratégias de SCE nos serviços de saúde. Nesse sentido, realizou-se uma revisão da literatura sobre SCE, identificando e analisando os pontos de interesse da pesquisa que, articulada aos objetivos e especificidades do objeto de estudo, subsidiaram a elaboração do QAFESCE. Salienta-se que para a sua elaboração foram percorridas as etapas determinadas por Fortin (2009): determinar qual a informação a recolher; constituir um banco de questões; formular as questões; ordenar as questões; redigir a introdução e as diretrizes; submeter o esboço do questionário à revisão e, posteriormente, pré-testá-lo.

No que respeita ao tratamento dos dados obtidos através da aplicação do QAFESCE, a informação recolhida foi explorada através de técnicas de estatística descritiva, nomeadamente,

frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média aritmética) e medidas de dispersão (desvio padrão).

No decurso do estudo as preocupações inerentes às considerações éticas foram uma constante, pelo que, com o intuito de respeitar os aspetos éticos intrínsecos à investigação realizada com seres humanos, foi efetuado o pedido de autorização para realização do estudo ao Conselho de Administração do CHSJ e à respetiva Comissão de Ética para a Saúde, ao Conselho de Administração da ULSM e à respetiva Comissão de Ética para a Saúde e, ainda, à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., que se manifestaram favoravelmente quanto à sua realização. Elaborou-se, ainda, um documento com informação dirigida aos participantes, entregue conjuntamente com o questionário, onde foi explanado o propósito da investigação, o que era esperado da sua parte, os procedimentos que se iriam utilizar, bem como os riscos e benefícios da sua participação. Todos os participantes do estudo assinaram a declaração de consentimento informado.

Análise e discussão dos resultados

Os enfermeiros que participaram no estudo têm idades compreendidas entre os 24 e os 58 anos ($M=34$ anos; $DP=7,05$ anos) e 83,2% são do sexo feminino. O tempo de exercício profissional varia entre um e 36 anos ($M=11$ anos; $DP=6,77$ anos), sendo que 64,3% trabalham em contexto hospitalar.

Para se identificar a frequência com que as estratégias de SCE eram implementadas ou nunca eram implementadas, optou-se por elaborar uma tabela que descrevesse o *ranking* das 16 estratégias selecionadas para o estudo, solicitando-se aos participantes que, para cada uma das estratégias, identificassem a frequência com que era realizada. A sua opção de resposta podia variar de uma ou mais vezes por dia (1), uma ou mais vezes por semana (2), uma ou mais vezes por mês (3), mais do que uma vez por trimestre (4), a nunca (5). Solicitou-se aos inquiridos que assinalassem a opção que melhor traduzisse a frequência com que eram implementadas as estratégias de SCE nos seus serviços. Para estabelecer o *ranking* das estratégias de SCE mais frequentemente implementadas definiu-se como critério: ter maior valor de percentagem no *score* 1 e, no caso de duas estratégias obterem o mesmo valor de percentagem nesse *score*, verificar-se consecutivamente nos *scores* 2, 3, 4 e 5 o valor mais alto obtido pela mesma. Para estabelecer o *ranking* das estratégias de SCE que nunca eram implementadas, a análise foi feita da forma inversa à anteriormente explicitada.

Analisando as estratégias de SCE que os enfermeiros referiram ser mais frequentemente implementadas nos seus serviços, concluiu-se que a «observação» era a mais frequentemente implementada (38,8%; $n=106$) e o «relatório reflexivo» a menos utilizada (1,1%; $n=3$). Não se tendo encontrado estudos que corroborassem ou contrapusessem estes resultados, poder-se-á depreender que a «observação» seja a estratégia mais frequentemente implementada, uma vez que os enfermeiros sentem necessidade em observar as práticas e atitudes dos seus supervisionados, para posteriormente providenciar um *feedback* claro e construtivo para a otimização da comunicação e dos processos de auto e hétéro conhecimento, fomentando a prática do supervisionado e, conseqüentemente, a sua confiança e a segurança no desempenho do seu exercício profissional. No que respeita à estratégia «relatório reflexivo», poder-se-á compreender estes resultados, se se tiver em conta o estudo de White e colaboradores (1998),

que refere que muitas vezes os enfermeiros percebem a reflexão escrita como um momento de avaliação e crítica, razão pela qual o supervisor clínico pode optar por não utilizar essa estratégia durante o processo supervisionado. Verifica-se ainda que, as estratégias de «auto supervisão» e «análise crítico-reflexiva das práticas» se situam entre as primeiras estratégias de SCE que os enfermeiros entendem que são mais frequentemente implementadas nos seus serviços. Considera-se este facto muito relevante, pois estas duas estratégias são de extrema importância no desenvolvimento de uma prática reflexiva, essencial para a criação de novos *insights* que poderão contribuir para transformar a prática, originando novas perspetivas sobre cuidar de si e dos outros.

No que respeita às estratégias de SCE que os participantes mencionaram nunca serem implementadas nos serviços, pode constatar-se que a «supervisão à distância: *skype*®» foi a estratégia que os enfermeiros mais referiram como nunca sendo implementada (74,7%; n=204), seguida das outras duas estratégias de supervisão à distância: telefone (55,7%; n=152) e *e-mail* (49,8%; n=136). Estes resultados estão conformes com Marrow e colaboradores (2002), que mencionam que as estratégias de supervisão à distância são mais frequentemente utilizadas em contexto de CSP. Por sua vez, a «auto supervisão» foi a estratégia menos referida como nunca implementada (11,4%; n=31), compreendendo-se que ocupe a décima-sexta posição no *ranking* das estratégias que nunca são implementadas nos serviços, pois trata-se de uma estratégia de introspeção metacognitiva, de autoanálise e de autorreflexão, que possibilita ao supervisionado sentir-se mais confiante e seguro no desempenho profissional.

Comparando o *ranking* obtido em contexto hospitalar com o dos CSP, concluiu-se que as três primeiras estratégias de SCE elencadas como mais frequentemente utilizadas são as mesmas: «observação», «demonstração» e «apoio». Contudo as «sessões de supervisão individuais» aparecem em sexta posição nos CSP (12,4%; n=12) e em décima em contexto hospitalar (9,1%; n=16). Os dados obtidos estão de acordo Winstanley e White (2003), que referem que, para obter benefícios da implementação da SCE nos CSP, as sessões de supervisão, independentemente de serem individuais ou em grupo, devem ser mais frequentemente realizadas do que em contexto hospitalar; nos CSP as sessões de supervisão devem ser realizadas pelo menos mensalmente, enquanto que, em contexto hospitalar, deverão ser realizadas com menos de três meses de intervalo.

Conclusões

A área da SCE tem vindo a desenvolver-se ao longo dos anos, centrando-se atualmente a discussão no potencial efeito que a sua implementação poderá ter no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, nas organizações de saúde, na tomada de decisão ética, na recuperação dos clientes, logo nos ganhos em saúde. A evidência científica sugere que a implementação efetiva da SCE trará benefícios aos diferentes níveis supramencionados.

Como a SCE tem vindo a revelar-se cada vez mais decisiva para o exercício de uma prática clínica de qualidade, a avaliação da sua eficácia tornou-se um dos maiores desafios. Consistindo esta num processo complexo e multifactorial, deverão ser criados sistemas de avaliação eficientes que abarquem todos os fatores que lhe estão subjacentes e que, combinados entre si, poderão ter influência nos resultados.

Embora já exista alguma evidência científica sobre a implementação e desenvolvimento de programas de SCE, bem como sobre as necessidades de formação inerentes aos mesmos, é crucial continuar a realizar-se investigação nesta área, pois só assim se poderão criar programas de SCE bem-sucedidos e eficazes. Neste contexto, é inquestionável a pertinência de um instrumento que identifique as estratégias de SCE que são implementadas nos contextos de saúde. Na verdade, só avaliando a percepção dos enfermeiros relativamente à implementação da SCE no seu contexto de trabalho, nomeadamente das estratégias que estão a ser implementadas, é que se poderá ter noção se as mesmas estão a ser efetivamente implementadas, podendo-se, ainda, sugerir alterações para os aspetos que se encontrem menos adequados. Este estudo constitui-se como um contributo para o aprofundamento do conhecimento nesta área, ao identificar as estratégias de SCE que são mais frequentemente implementadas e as que não são frequentemente implementadas nos diversos contextos de saúde.

Referências bibliográficas

CHONG, M. Is reflective practice a useful task for student nurses? *Asian Nursing Research*. 2009, vol. 3, 111-120.

DEPARTMENT OF HEALTH. *Making a difference: clinical supervision in primary care*, 2000 [consultado 10 Jan. 2012]. Disponível em: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4061520.pdf

FONSECA, M. *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau, 2006.

FORTIN, M. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

HONG, L. e CHEW, L. Reflective practice from the perspectives of the bachelor of nursing students in international medical university. *Singapore Nursing Journal*. 2008, vol. 35, 5-15.

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

MARROW, C. et al. Clinical supervision using video-conferencing technology: a reflective account. *Journal of Nursing Management*. 2002, vol. 10, 275-282.

MCCOLGAN, K. e RICE, C. An online training resource for clinical supervision. *Nursing Standard*. 2012, 26(24), 35-39.

MOURA, E. e MESQUITA, L. Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduados de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010, 63(5), 793-878.

PIRES, R. *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributo para a definição de uma política organizacional*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, 2004.

WHITE, E. et al. Clinical supervision: insider reports of a private world. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, 28(1), 185-192.

WINSTANLEY, J. e WHITE, E. Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*. 2003, 10(4), 7-38.

O ensino clínico: influência positiva no desenvolvimento de competências dos estudantes de Enfermagem

Palmira Oliveira

Escola Superior de Enfermagem do Porto. Professor adjunto. Doutoranda em Ciências de Enfermagem no ICBAS.

Autor correspondente: **Palmira Oliveira** (palmiraoliveira@esenf.pt)

Resumo

Enquadramento: Os processos de ensino-aprendizagem suportam a edificação da competência profissional, onde a supervisão assume relevância na promoção da reflexão sobre a prática, através da monitorização sistemática e desenvolvimento da responsabilização pelo desempenho. **Objetivos:** Avaliar a perceção dos estudantes finalistas de enfermagem acerca dos fatores com mais influência positiva no seu desenvolvimento de competências. **Metodologia:** O estudo é de cariz exploratório e descritivo. Aplicou-se um questionário com questões abertas a 199 estudantes finalistas do curso de licenciatura em Enfermagem, tendo a informação sido analisada pela técnica de análise de conteúdo, com categorização *a posteriori*. Foi determinada a frequência absoluta das unidades de enumeração (UE), a partir das unidades de registo. **Resultados:** Os fatores com mais influência positiva categorizam-se em variáveis do contexto educativo (UE=225) e, em variáveis intrínsecas ao estudante (UE=50). O ensino clínico é percecionado com mais influência positiva no desenvolvimento das competências requeridas para o exercício da enfermagem, salientando-se com 160 UE (58,2%), pela diversidade e adequação das estratégias pedagógicas, pela diversidade das experiências e pela promoção da mobilização de saberes, face aos outros fatores. **Discussão:** A formação em contexto clínico é percecionada com mais influência positiva no desenvolvimento das competências requeridas para o exercício da enfermagem, certificando a evidência acerca da importância da aprendizagem arquitetada na experiência e no agir refletido, numa dialética de permanente desconstrução implicando a mobilização de saberes e recursos. Similarmente, fortalece-se a importância dos contextos e das estratégias curriculares definidas. **Conclusão:** As experiências contribuem para o desenvolvimento de competências pressupondo uma dinâmica interação com o ambiente, onde o professor e o estudante têm um papel ativo na construção da tomada de decisão autónoma que sustenta a competência, atribuindo qualidade ao agir profissional. O estudo possibilita um balanço do percurso pessoal e uma redefinição ou otimização das estratégias supervisiivas adotadas.

Palavras-chave: Competências clínicas; educação em enfermagem; ensino clínico; estudantes de enfermagem; supervisão.

Abstract

Background: The teaching-learning processes support the edification of professional skills, where supervision is relevant in promoting reflection on practice, through systematic monitoring and the development of the accountability for performance. **Objectives:** We intend to evaluate the nursing graduate students' perception of the factors with the most positive influence on the development of their skills. **Methodology:** In an exploratory-descriptive study, an open question query to 199 nursing graduate students was applied. The information was processed by the technique of content analysis, in which the categorization was done a posteriori and with the determination of the absolute frequency enumeration units (EU) from the registry units. **Results:** The factors with the most positive influence are categorized in variables of educative context (EU = 225) and in student intrinsic variables (EU = 50). The clinical training is perceived with more positive influence, with 160 EU (58.2%), in the development of skills required for the practice of nursing, by the diversity and the appropriateness of teaching strategies, the diversity of experiences, and the promotion of the mobilization of knowledge. **Discussion:** Training in clinical context was perceived as a more positive influence in the development of required skills for the nursing practice, corroborating the evidence about the importance of learning based on the experience, and in the action reflected in a dialectic of permanent deconstruction involving the mobilization of knowledge and resources. Similarly, the importance of the contexts and curriculum strategies defined were strengthened. **Conclusions:** Experiences contribute to skills development assuming a dynamic interaction with the environment, where teacher and student have an active role in the construction of autonomous decision-making that underpins competence, assigning quality to professional act. The study allowed an assessment of the personal journey and a redefinition or optimization of supervisory strategies adopted.

Keywords: Clinical competence; nursing education; clinical clerkships; nursing students; supervision.

Enquadramento

A edificação da competência profissional em Enfermagem é sustentada pelo desenho curricular dos processos educativos, onde a supervisão através da sistematização da monitorização, pode assumir um papel de destaque na promoção da reflexão crítica sobre a prática e no desenvolvimento da responsabilização pela tomada de decisão autónoma em situação. Contudo, a evidência afirma-nos que o desenvolvimento de competências em enfermagem resulta de um processo complexo de interação entre o enfermeiro e o universo, onde diversos fatores interagem (Tabari-Khomeiran et al. 2007).

A competência é entendida por Schön (2000), como a mobilização de saberes adequados às situações concretas, o que requer um talento artístico para gerir a imprevisibilidade complexa das situações, sendo possível apenas, com a reflexão na e sobre a ação, pelo que a competência não se reduz aos recursos (saberes, saber-fazer ou saber-ser) a mobilizar, mas reside na própria mobilização e combinação dos mesmos (Le Boterf 2005). Em consequência, o ensino para a competência não se reduz à transmissão do conhecimento acumulado, implica portanto, o desenvolvimento da capacidade para se apelar ao que se sabe, para se alcançar o que projeta. Tal, pressupõe um currículo baseado na resolução de problemas em consonância com o con-

trato pedagógico orientado para a qualidade da tomada de decisão, que é imprescindível para a excelência dos cuidados de enfermagem a prestar.

A aprendizagem que se gera na prática assume-se assim, como um elemento de formação basilar, sendo o contexto clínico fundamental para o desenvolvimento da competência do futuro enfermeiro, enquanto origem de diversas experiências, pelo que, se torna essencial assegurar a qualidade das mesmas (Tseng et al. 2013). Todavia, Pitt et al. (2012) falam-nos de uma grande lacuna na literatura acerca da exploração dos fatores que afetam o desempenho clínico dos estudantes. Para além disso, as experiências só constituirão aprendizagem se forem pensadas, incorporadas, refletidas e desconstruídas, o que pressupõe flexibilidade cognitiva para arquitetar possíveis cenários interpretativos (Oliveira 2010). Consequentemente, a reflexão na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação (Alarcão e Tavares 2003), possibilitará o reformular da experiência e gerará alternativas, construindo novas aprendizagens ou permitindo a reconstrução de outras.

É neste contexto que, os intervenientes no processo educativo assumem especial relevância, exigindo-se ao estudante que assuma uma postura ativa de curiosidade intelectual no seu processo de aprendizagem para a competência: pelo questionar; pelo estabelecer de relações significativas entre o que já se sabe e a nova informação; e pela criatividade enquanto atitude proativa, face ao indeterminado das situações com que o enfermeiro se pode deparar diariamente.

Por outro lado, cabe ao professor, que se arroga supervisor, enquanto orientador experiente e perito no acompanhamento do percurso do supervisionado, fomentar o desenvolvimento cognitivo e metacognitivo no estudante, através dos processos reflexivos e integrativos sobre o agir em contexto, contribuindo dessa forma, para a transformação que é a aprendizagem. Nessa metamorfose, não se pode descurar a importância do papel do enfermeiro, enquanto tutor e modelo da prática profissional, na medida em que, está bem posicionado para demonstrar a complexidade da prática da enfermagem, constituindo muitas vezes a ligação entre o mundo clínico e o mundo educativo (Adelman-Mullally et al. 2013). Contudo, a propósito do desenvolvimento de competências em enfermagem, Tabari-Khomeiran et al. (2007, p. 213) dizem-nos que se trata de um processo de interação complexo entre o enfermeiro e o universo que o envolve, abordando quatro fatores que influenciam esse mesmo desenvolvimento:

- *Ambiente: fatores físicos e emocionais que podem encorajar ou desencorajar os enfermeiros no processo em direção ao desenvolvimento de competências;*
- *Características pessoais: certos atributos individuais que afetam o desejo do indivíduo para aprender;*
- *Assuntos relacionados com o trabalho: incluindo extraprofissionais e intraprofissionais, questões que afetam a motivação dos enfermeiros para exercer com mais competência;*
- *Oportunidades: situações não planeadas, inesperadas que serão benéficas se o enfermeiro as transformar em situações de aprendizagem.*

Similarmente, na revisão integrativa da literatura de Pitt et al. (2012) verificou-se que são diversos os fatores que afetam o desempenho académico dos estudantes de Enfermagem: a idade, o sexo, a situação de emprego da profissão, as qualificações de admissão, as competências de pensamento crítico, a personalidade, a autoeficácia, a motivação académica, entre outros.

Em consequência, face à evidência de diversos estudos acerca da existência de inúmeras variáveis que interferem na construção da competência, pretendeu-se avaliar que fatores têm

mais influência de forma positiva no desenvolvimento da competência dos estudantes de Enfermagem, no último ano do curso de licenciatura, contribuindo para uma análise dos processos educativos em uso, com vista à sua otimização.

Questão de investigação

Quais os fatores que mais influência positiva têm no desenvolvimento de competências dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em Enfermagem?

Metodologia

O estudo de natureza qualitativa possuiu um cariz exploratório e descritivo, tendo sido construído um questionário de questões abertas, com o intuito de se obter resposta ao objetivo e à questão de investigação definida.

A população incluiu todos os estudantes do 4.º ano do curso de licenciatura em Enfermagem (CLE) de uma escola do Norte de Portugal, sendo a amostra de conveniência constituída por 199 estudantes. Previamente, foi pedida autorização à direção da respetiva escola para aplicação do instrumento de colheita de dados, tendo sido obtida a anuência.

Os estudantes foram esclarecidos dos objetivos do estudo e, participaram com a sua resposta por escrito, tendo usufruído do direito de autodeterminação. A informação obtida foi analisada pela técnica de análise de conteúdo, com categorização *a posteriori*. Determinou-se a frequência absoluta das unidades de enumeração (UE), a partir das unidades de registo (UR).

Análise dos resultados

No que se reporta à caracterização dos participantes, eram essencialmente do sexo feminino (N= 168; 84%), com 22 anos (N= 110; 55,3%), variando a idade entre os 22 e os 34 anos, sendo que apenas quatro estudantes possuíam idade igual ou superior a 30 anos. Estes resultados que dizem respeito a uma maior procura por parte das mulheres pela profissão de enfermagem, coadunam-se com a realidade portuguesa (Ordem Enfermeiros 2013), sendo que, maioritariamente, os estudantes do CLE estavam a terminar o curso com a idade prevista.

Relativamente à perceção dos estudantes finalistas, acerca dos fatores que mais influência positiva tiveram no seu desenvolvimento de competências enquanto futuros enfermeiros de cuidados gerais, obtivemos 275 UE que corporizaram duas categorias, denominadas de variáveis de ordem extrínseca ao estudante, relativas ao contexto educativo, e de variáveis intrínsecas ao estudante que se referem às variáveis de ordem pessoal. Neste encadeamento, destacaram-se os fatores de ordem extrínseca (81,8%; UE=225) em relação às variáveis intrínsecas ao estudante (UE=50). Por outro lado, nas variáveis extrínsecas, salientou-se a subcategoria do ensino clínico e estágio com 160 UE (58,2%), enquanto fator percecionado como sendo aquele que mais influenciou positivamente o desenvolvimento de competências durante o CLE. Os aspetos enumerados pelos estudantes para o contributo dessa unidade curricular (UC) relacionaram-se com: a diversidade e adequação das estratégias pedagógicas, representando 62 UE (ex.: “professores que nos elogiam e dão reforços positivos pelo nosso trabalho e esforço”); a diversidade das experiências e contextos educativos, correspondendo a 62 UE (ex.: “o número de estágios bem como a sua diversidade de experiências”); a promoção da mobilização de saberes,

corporizando 29 UE (ex.: “os momentos de reflexão e partilha com os colegas e professores”), e a alternância com as UC teóricas (7 UE).

Ainda nas variáveis do contexto educativo, foram percecionadas como fatores de mais influência positiva, as UC teóricas (UE=37), devido às estratégias pedagógicas diversas e adequadas (UE=27) e à diversidade e qualidade dos conteúdos programáticos (UE=10). A relação interpessoal positiva com os colegas (UE=25) e os recursos materiais e humanos da escola (UE=3) emergiram de igual forma, enquanto subcategorias extrínsecas.

No que concerne, às variáveis intrínsecas ao estudante (18,2%) estas categorizaram-se em: aprendizagem autorregulada (9,1%; UE=25), sendo disso exemplo “a reflexão pessoal e sistemática sobre as minhas capacidades e conhecimentos adquiridos”; identificação com a profissão (7,3%; UE=20), despontando expressões como “a enfermagem é o que realmente gosto” e competências pessoais e genéricas (1,8%; UE=5), sendo feito apelo aos fatores “intrínsecos: o meu interesse, dinamismo, responsabilidade e iniciativa”, enquanto afirmação exemplificativa das mesmas.

Discussão dos resultados

Pela perceção enunciada pelos estudantes, verificamos que os fatores de ordem externa foram os que mais influência positiva tiveram no desenvolvimento das suas competências ao longo da licenciatura, o que corrobora as conceções associadas ao modelo ecológico de desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner (1996), onde os resultados da aprendizagem são significativamente influenciados pelas interações com o ambiente que circunda o estudante, sendo ainda, um dos fatores aludidos no estudo de Tabari-Khomeiran et al. (2007).

Paralelamente, a formação em contexto clínico destacou-se nessa influência positiva na edificação das competências requeridas para o exercício da enfermagem, o que corrobora os resultados de outros estudos (Abreu 2007; Fernandes 2007; Carvalho 2003), dado que, essa formação, possui potencialidades heurísticas concretizadas através da reflexão sobre a prática (Oliveira 2010). Desta forma, certificou-se a evidência acerca da importância da aprendizagem arquitetada na experiência (Benner 2001) e no agir refletido numa dialética de permanente desconstrução (Oliveira 2010), implicando a mobilização de saberes e recursos (Le Boterf 2005).

Similarmente, estes resultados estão em consonância com Tseng et al. (2013) que afirmam que a aprendizagem através da prática clínica é fundamental no desenvolvimento do estudante enquanto futuro enfermeiro, pelo desenvolvimento da atitude profissional, por ajudá-lo a alcançar a competência clínica, por melhorar a sua socialização e a sua confiança profissional. Para além disso, segundo os mesmos autores, os estudantes de enfermagem adquirem as competências para cuidarem do cliente, as competências de comunicação profissional, as capacidades de resolução de problemas, as habilidades psicomotoras e, ainda, o pensamento crítico. Sendo que, existe um consenso genérico de que o pensamento crítico é uma componente essencial para a prática de enfermagem competente (Norman et al. 2002).

Os resultados permitiram, igualmente, o fortalecimento da importância dos contextos educativos e das estratégias pedagógicas adotadas, onde as práticas supervisivas têm especial relevância em função dos diferentes estilos de aprendizagem dos estudantes, enquanto estratégias que favorecem o desenvolvimento pessoal e profissional do futuro enfermeiro (Abreu 2007), através do contributo na regeneração ativa e metacognitiva dos saberes, que se materializa

no agir. Contudo, é no desenvolvimento dos aspetos cognitivos nos estudantes que os supervisores no seu exercício formativo apresentam algumas dificuldades, em detrimento da componente social e interpessoal, que é, supostamente, a de mais fácil aplicação (Silva et al. 2011). Por conseguinte, e embora com pouca representatividade, os resultados evocaram também, o valor da relação pedagógica entre os atores envolvidos no processo educativo, onde o processo de modelagem assume um papel de destaque (Durão 2001).

Por outro lado, as variáveis intrínsecas, enquanto fatores enumerados pelos estudantes tradicionalmente, têm um papel relevante na aprendizagem (Font 2007), considerando, em função dos resultados obtidos, que a aprendizagem autorregulada, que se destaca neste âmbito, refere-se ao “processo através do qual os alunos ativam e sustentam comportamentos, cognições e emoções orientadas sistematicamente para a consecução dos objetivos de aprendizagem” (Rosário et al. 2006, p. 178), o que pode implicar processos de autoavaliação, de planeamento e gestão de tempo, bem como, a seleção de estratégias para aprender, sendo por isso, determinante nos resultados a alcançar e, neste caso, referimo-nos às competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem Enfermeiros 2012).

Julga-se que o estudo realizado permitiu obter contributos científicos para o *corpus* de conhecimento que envolve o desenvolvimento de competências dos estudantes do CLE, e, apesar de auxiliar na compreensão de apenas parte da realidade, dado que, participaram estudantes de apenas uma instituição de ensino superior, considera-se que o conhecimento gerado pode ter repercussões nas práticas educativas futuras dessa instituição, e de outras instituições de ensino de Enfermagem. Para além desse contributo inovador para a instituição educativa onde se realizou a investigação, também, o fato de a amostra ser constituída apenas por estudantes finalistas do CLE, parece-nos ter constituído um aspeto a realçar, na medida, em que esses estudantes estavam na fase final do seu curso, o que lhes permitia ter uma perceção mais ampla do seu desenvolvimento de competências ao longo do CLE e dos fatores que o influenciaram.

Conclusões

Ser competente em enfermagem pressupõe qualidade na ação profissional que se arquiteta no conhecimento próprio da Enfermagem enquanto disciplina, oriundo da práxis e da investigação, constituindo-se por isso, um processo inacabado, em constante construção.

Nesse processo de desenvolvimento da competência profissional, concluiu-se que a experiência clínica e a reflexão sobre a mesma são consideradas fulcrais, corroborando as evidências científicas que indicam que as competências se adquirem e se desenvolvem na ação. Impõe-se portanto, uma dinâmica interação com o ambiente, onde o professor e o estudante têm um papel ativo na construção da tomada de decisão autónoma que sustenta a competência, atribuindo qualidade ao agir profissional em enfermagem.

O estudo possibilitou ao estudante um balanço do percurso pessoal e, uma redefinição ou otimização das estratégias pedagógicas adotadas para a instituição educativa envolvida.

Em futuras investigações sugere-se que se ultrapasse a limitação metodológica referida e se incorporem estudantes de diferentes instituições de educação em Enfermagem. Podem ainda, ser utilizados outros desenhos metodológicos, com recurso a estudos de caso, a entrevistas para a recolha da informação ou, ainda, o desenvolvimento de estudos longitudinais que

acompanhem o processo de desenvolvimento de competências, ao longo da formação inicial em Enfermagem.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- ADELMAN-MULLALLY, T. et al. The clinical nurse educator as leader. *Nurse Education in Practice*. 2013, 3, 29-34.
- ALARCÃO, I. e TAVARES, J. *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2.ª ed. Coimbra: Livraria Almedina, 2003.
- BENNER, P. *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto, 2001.
- BRONFENBRENNER, U. *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas, 1996
- CARVALHAL, R. *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: Perspetiva dos actores*. Loures: Lusociência, 2003.
- DURÃO, J. Ser finalista de enfermagem e escolher o serviço para início da profissão: Que razões? In: *Formação em Enfermagem. Docentes investigam*. Lisboa: Associação Portuguesa de enfermeiros, 2001, pp. 65-88.
- FERNANDES, O. *Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência, 2007.
- FONT, C. *Estratégias de ensino e aprendizagem*. Porto: Asa, 2007.
- LE BOTERF, G. *Construir as competências individuais e coletivas. Resposta a 80 questões*. Porto: Asa, 2005.
- NORMAN, I. et al. The validity and reliability of methods to assess the competence to practise of pre-registration nursing and midwifery students. *International Journal of Nursing Studies*. 2002, 39(2), 133-145.
- OLIVEIRA, P. *Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem*. Tese de Mestrado, Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto, 2010.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Assembleia geral extraordinária - Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE, 2012.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dados estatísticos 2000-2012*. Lisboa: OE, 2013.
- PITT, V. et al. Factors influencing nursing students' academic and clinical performance and attrition: An integrative literature review. *Nurse Education Today*. 2012, 32(8), 903-913.
- ROSÁRIO, P. et al. *Cartas do Gervásio ao seu Umbigo. Comprometer-se com o estudar na Universidade*. Coimbra: Almedina, 2006.
- SILVA, R. et al. *Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico - Revisão sistemática da literatura*. *Referência*. 2011, 3(3), 113-122.
- SHÖN, D. *Educando o profissional reflexivo: Um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- TABARI-KHOMEIRAN, R. et al. Competence Development Among Nurses: The Process of Constant Interaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2008, 38(5), 211-218.
- TSENG, H. et al. Nursing students' perceptions toward the nursing profession from clinical practicum in a baccalaureate nursing program- A qualitative study. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2013, 29, 161-168.

PÓSTERES

Supervisão clínica em enfermagem

Modelos de supervisão clínica

Bullying no trabalho

Indicadores de qualidade em enfermagem

O processo de transição do enfermeiro recém-licenciado: análise segundo o modelo de supervisão clínica de Proctor

Inês Rocha¹; Duarte Pinto¹; Ana Luísa Neves²; Marco Matos³ & Marlene Silva³

¹ Centro Hospitalar de S. João, E.P.E., Enfermeiro(a), Mestre em Supervisão Clínica em Enfermagem.

² Centro Hospitalar de S. João, E.P.E., Enfermeira, Mestranda em Supervisão Clínica em Enfermagem.

³ Centro Hospitalar de S. João, E.P.E., Enfermeiro(a), Pós-Graduado em Supervisão Clínica em Enfermagem.

Autor correspondente: **Inês Rocha** (inesarsrocha@gmail.com)

Resumo

A presente reflexão enquadra-se na área da Supervisão Clínica em Enfermagem, incidindo no processo de transição do enfermeiro recém-licenciado. Pela evidência, constata-se que os enfermeiros recém-licenciados são frequentemente pressionados a conformarem-se com as práticas existentes, em vez de refletirem sobre as mesmas, sendo isto o resultado do desfazamento existente entre o que eles aprenderam no curso de licenciatura em Enfermagem e a realidade dos contextos da prática. Neste trabalho, é salientado o importante contributo da supervisão clínica na transição destes enfermeiros, na medida em que ao acompanhar a pessoa, desde estudante a profissional, permite a criação de espaços reflexivos e a partilha de experiências, que muito contribuirá para a edificação da personalidade da pessoa e sua consciencialização enquanto enfermeiro. São ainda explanadas as vantagens da supervisão clínica, na melhoria na satisfação laboral e na qualidade dos cuidados, assim como é evidenciada a importância da implementação do Modelo de Supervisão Clínica de Proctor nos contextos da prática.

Palavras-chave: Supervisão clínica em enfermagem; exercício profissional; desenvolvimento de competências; qualidade dos cuidados.

Abstract

This reflection fits into the area of Clinical Supervision in Nursing focusing on the transition of the New Graduated Nurse. By the evidence, it appears that the New Graduated Nurses are often pressured to conform to the existing practices, rather than reflecting on them, as a result of the gap between what they learn during the Nurse degree and the reality of practice contexts. It is underlined the importance of the contribution of clinical supervision for the transition of these nurses, as the monitoring of the person, from student to professional, allows the creation of reflexive spaces and shared experiences that greatly contribute to the

building of one's personality and the awareness as nurse. The benefits of clinical supervision as the increase of job satisfaction and quality of care are also explained as well as the importance of Proctor's Model implementation into the practice contexts.

Keywords: Clinical supervision in nursing; professional practice; skills development; quality care.

Introdução

A presente reflexão enquadra-se na área da Supervisão Clínica em Enfermagem e incide no processo de transição do enfermeiro recém-licenciado (ERL) de estudante para enfermeiro, procurando refletir sobre a importância da Supervisão Clínica (SC) enquanto conceito central para o cuidar em enfermagem, realçando neste processo o Modelo de Supervisão Clínica de Bridig Proctor.

Pode-se considerar que o período de transição do ERL corresponde a um momento complexo e exigente, no qual o enfermeiro experiencia sentimentos de angústia, dúvida e incerteza, onde a probabilidade de ocorrência de erros é deveras maior (Wangensteen, Johansson e Nordström 2008), pelo que o estabelecimento de medidas que promovam o bem-estar e a qualidade das práticas junto dos utentes torna-se imperioso (Cho, Laschinger e Wong 2006).

Foi realizada uma análise reflexiva, cuja fundamentação se baseia na formulação discursiva aprofundada relativamente ao processo de transição do ERL, com o objetivo de discutir e refletir teoricamente sobre este tema específico. Tendo como foco a compreensão dos sentimentos que o ERL experiencia aquando da indução num serviço e, posteriormente, quais os benefícios da utilização de um modelo formal de SC durante esse processo, abordar-se-á, numa primeira parte, a evidência científica no que respeita ao processo de transição dos ERL para a prática profissional. Seguidamente, proceder-se-á à análise do processo de transição dos ERL, tendo como base os pressupostos teóricos do Modelo de Supervisão Clínica de Proctor: fase formativa, normativa e restaurativa. Por último, referir-se-ão as vantagens que a implementação da SC no contexto da prática poderá trazer no processo de transição do ERL.

Resultados e discussão

O processo de transição dos ERL para a prática profissional

Os ERL não estão suficientemente preparados para executarem as funções que são esperadas, tendo em conta o novo papel que desempenham (Romyn et al. 2009), facto este que tem vindo a preocupar as escolas, as instituições e o próprio Ministério da Saúde. Esta situação está relacionada com a incapacidade dos ERL em darem resposta ao que lhes é solicitado pelas instituições, admitindo-se que advém não só de um *gap* existente entre a teoria e a prática, como também da natureza do ambiente do local trabalho. É então importante perceber quais as estratégias que se podem implementar para que os ERL façam uma transição saudável para o novo papel (Council of University Teaching Hospitals 2001).

Na atualidade, devido aos complexos ambientes de trabalho, às necessidades sempre acrescidas dos utentes e dos contextos da prática, às questões políticas e à crise económica que se vivencia, não é surpreendente que as entidades empregadoras queiram contratar enfermei-

ros que consigam dar a mesma resposta que os enfermeiros que já fizeram a sua indução no serviço. No entanto, é irrealista esperar que os ERL o façam, porque normalmente o período de indução é de seis meses ou mais, ou seja, é durante este período de tempo que se adaptam, desenvolvem confiança e começam a aplicar autonomamente o que aprenderam no curso de licenciatura em Enfermagem (Cowin e Hengstberger-Sims 2005). Além deste período, serão necessários mais seis meses de experiência para que o enfermeiro adquira a autoconfiança necessária para incorporar responsabilidades de liderança (Casey et al. 2004).

Igualmente, decorrente da complexidade dos contextos da prática, emerge a dicotomia por parte dos enfermeiros mais experientes em ajudarem os ERL a terem uma indução gradual, em detrimento de executarem as suas próprias funções. Algumas estratégias, como permitir que os ERL tenham ao seu encargo um só utente com uma maior complexidade de cuidados de enfermagem, não são praticáveis, pelo que os mesmos sentem constantemente medo de errar, de não prestarem cuidados de qualidade ou de não terem conhecimento suficiente sobre as questões burocráticas/institucionais. Por outro lado, o facto dos enfermeiros mais experientes terem parte do seu tempo formalmente dedicado à indução dos ERL é considerada uma estratégia essencial para a transição saudável dos mesmos, permitindo-lhes experienciar uma maior satisfação e cometer menos erros, porque teriam alguém a quem recorrer nas situações difíceis (Romyn et al. 2009). No entanto, muitas vezes este apoio não é possível devido a características pessoais dos enfermeiros, o que não permite o estabelecimento de uma relação próxima, ou porque os enfermeiros mais experientes têm outras responsabilidades no serviço, pelo que não lhes resta tempo para fazer a indução do novo elemento (Casey et al. 2004).

Numa fase inicial, os ERL ainda não evidenciam um pensamento crítico-reflexivo face às situações da prática, tendo tendência a adotar uma atitude de maior dependência em relação ao supervisor, centrando-se nas suas necessidades em detrimento das do utente, o que contribui decisivamente para o estabelecimento de elevados níveis de ansiedade e *stress*, uma vez que deste comportamento resulta insegurança e falta de confiança no desempenho do seu papel. Esta capacidade só será aprimorada quando o ERL conseguir interligar os saberes teóricos com os saberes oriundos da experiência (Abreu 2007). Entende-se então que qualquer intervenção do supervisor junto do supervisionado irá ter repercussão na qualidade dos cuidados prestados aos utentes (Cutcliffe, Butterworth e Proctor 2001), uma vez que, como já foi referido, o ERL tenderá a adotar as práticas utilizadas por aquele.

Análise do processo de transição dos ERL à luz do Modelo de Supervisão Clínica de Proctor

Segundo Cutcliffe, Butterworth e Proctor (2001) existem três tarefas fundamentais do processo de SC: proporcionar ao supervisionado reflexões sobre as suas práticas, através da formação, contribuindo para o incremento das suas habilidades (função formativa); avaliar a qualidade dos cuidados ao utente, através de critérios de verificação e mensuração discutidos na relação supervisiva e resultados das práticas (função normativa); e fornecer suporte aos profissionais, no desempenho da sua prática clínica, nos vários contextos das áreas de saúde (função restaurativa).

Com o intuito de facilitar o processo de transição dos ERL, Romyn e colaboradores (2009) elaboraram as seguintes recomendações: desenvolver estratégias que promovam uma prática

baseada na evidência, com vista ao desenvolvimento dos ERL nos seus locais de trabalho; assegurar momentos próximos e contínuos de *feedback* e avaliação, de maneira a perspetivar uma prestação de cuidados de qualidade e índices de envolvimento e motivação elevados; desenvolver um programa de acolhimento dentro das instituições, com o intuito de facilitar uma transição saudável dos ERL para a prática profissional; e assegurar um bom ambiente entre a equipa, para que cada enfermeiro possa maximizar de uma forma sustentada a sua prática.

De acordo com a função formativa do Modelo de Supervisão Clínica de Proctor, os ERL nos primeiros dois anos de prática têm principalmente como objetivo desempenhar correta e atempadamente as intervenções de enfermagem (Kelly 1998). A instituição constitui-se como um indispensável elo de ligação, tendo uma importante função educativa e motivadora, que visa fomentar a reflexão junto dos novos enfermeiros, de modo a que estes se sintam parte integrante e estruturante da organização.

No que concerne à função normativa, é frequentemente esperado que os ERL desempenhem imediatamente não só as suas funções de uma forma semelhante à dos enfermeiros que já trabalham na instituição, como também aprendam as políticas, procedimentos e idiosincrasias da instituição empregadora (Romyn 2009). No entanto, é dos seis aos nove meses que os ERL começam a conhecer a instituição e as suas normas (Fox, Henderson e Malko-nyhan 2005).

Relativamente à função restaurativa, os ERL estão extremamente dependentes do conhecimento e experiência dos seus pares, centrando a atenção na execução atempada das tarefas, pelo que tendem a adotar rotinas e práticas do serviço sem questionar ou refletir (Ellerton e Gregor 2003). Muitos desses ERL não só se debatem com a realidade do novo ambiente de trabalho, a aceitação da perceção dos seus *handicaps*, o desenvolvimento da sua consciencialização enquanto enfermeiro e a aquisição de segurança e confiança no desempenho do seu novo papel, como também procuram estabelecer pontos em comum com os enfermeiros do seu serviço, com o intuito de se integrarem na equipa de enfermagem e, conseqüentemente, na equipa interdisciplinar (Fox, Henderson e Malko-nyhan 2005). Só à medida que os ERL se tornam mais confiantes e se identificam cada vez mais com o seu grupo de pares, é que começam a experienciar um sentimento de controlo, reconstruindo o seu autoconceito profissional (Kelly e Courts 2007). De todas as estratégias propostas para favorecer a transição saudável dos ERL, a prestação de apoio é a detentora do maior grau de consenso (Adlam 2007).

Reflexões finais

O processo de SC constitui a matriz essencial que visa assegurar cuidados de qualidade e segurança aos utentes e profissionais. As práticas supervisivas, quando baseadas em métodos de experimentação e reflexão, permitem analisar e intervir responsabilmente nas diferentes situações, de forma a diminuir os níveis de ansiedade e aumentar a disponibilidade emocional e psicológica, possibilitando ao enfermeiro estabelecer relações de ajuda (Abreu 2002). 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 improvisado, mas sim em conceções que visem sistematizar e integrar os conceitos, de maneira a alcançar a formação de profissionais cada vez mais competentes a todos os níveis.

Destaca-se ainda que o processo de indução do ERL na vida profissional envolve a interligação entre as dimensões relacionadas com o enfermeiro e com a instituição onde a indução tem lugar. Pelas suas características e pelo impacto que tem na vida do enfermeiro, a indução do ERL no serviço deve ser adequada às suas características e ritmo individual (Casey et al. 2004). Esta tarefa poder-se-á revestir de dificuldades, atendendo à tensão existente entre as exigências urgentes do contexto da prática e o tempo que efetivamente os enfermeiros necessitam para a sua indução (Romyn et al. 2009). Desta forma, considera-se fundamental a existência de um modelo formal de SC que permita ao ERL uma transição saudável para a realidade no contexto de saúde e, conseqüentemente, a melhoria da prestação de cuidados, sendo o Modelo de Supervisão Clínica de Proctor uma referência teórica capaz de satisfazer as necessidades de desenvolvimento do ERL, durante este processo.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. Supervisão Clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*. 2002, vol. 45, 53-57.
- ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- ADLAM, K. *Nursing praxis in New Zealand*. Editorial. 2007, vol. 23, 2-3.
- CASEY, K. et al. The graduate nurse experience. *Journal of Nursing Administration*. 2004, vol. 34, 303-311.
- CHO, J., LASCHINGER, H. e WONG, C. Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 2006. 19(3), 43 - 60.
- COUNCIL OF UNIVERSITY TEACHING HOSPITALS. Strategy paper: collaborative strategies for bridging practice-ready and job ready, 2001 [consultado 12 janeiro 2011]. Disponível em: www.bcahc.ca/pdf
- COWIN, L. e HENGSTBERGER-SIMS, C. New graduate nurse self-concept and retention: a longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2005, vol. 43, 59 - 70.
- CUTCLIFFE, J., BUTTERWORTH, T. e PROCTOR, B. *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge Editions, 2001 [consultado 10 janeiro 2011]. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=rjd-MnxQtHaEC&printsec=frontcover#v=onepage&g&f=false>
- ELLERTON, M. e GREGOR, F. A study of transition: the new nurse graduate at three months. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2003, vol. 34, 103-107.
- FOX, R., HENDERSON, A. e MALKO-NYHAN, K. "They survive despite the organizational culture, not because of it": a longitudinal study of new staff perceptions of what constitutes support during the transition to an acute tertiary facility. *Internacional Journal of Nursing Practice*. 2005, vol. 11, 193-199.
- KELLY, B. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, vol. 28, 1134-1145.
- KELLY, S. e COURTS, N. The professional self-concept of new graduate nurses. *Nurse Education in Practice*. 2007, vol. 7, 332-337.
- ROMYN, M. et al. Successful transition of the new graduate nurse. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2009, 6(34), 1-17.
- WANGENSTEEN, S., JOHANSSON, I. e NORDSTRÖM, G. The first year as a graduate nurse: an experience of growth and development. *Journal of Clinical Nursing*. 2008, out., 1877-1885.

Supervisão clínica em enfermagem: um conceito de consenso em sete países da União Europeia

Paula Prata; Margarida Reis Santos; Josefina Frade & Cândida Koch

Escola Superior de Enfermagem do Porto, docentes.

Autor correspondente: **Paula Prata** (prata@esenf.pt)

Resumo

No âmbito do projeto Training Requirements and Nursing Skills for Mobility (TRaNSforM), financiado pelo programa Leonardo da Vinci – Parcerias (2010-1-GB2-LEO04-03729-6), considerou-se pertinente construir um conceito sobre Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) transversal aos países participantes no projeto. Para o efeito efetuou-se uma pesquisa bibliográfica do conceito de SCE, elaborou-se uma proposta, submetendo-se à análise de peritos. Foi obtido o consenso final após três rondas.

Dada a abrangência do conceito apresentado por todos os países e considerando que, somente, Portugal, Reino Unido e Irlanda tinham definições de SCE que constam em documentos oficiais das organizações reguladoras da profissão, houve dificuldade acrescida na obtenção de consenso, principalmente por parte dos participantes alemães, que na sua língua não têm um termo que se adeque ao de SCE. O conceito final advém de uma adaptação transcultural, mas também, de uma adaptação linguística.

Palavras-chave: Enfermagem; supervisão clínica; enfermagem transcultural.

Abstract

Under the project Training Requirements and Nursing Skills for Mobility (TRaNSforM), funded by the Leonardo da Vinci Partnerships (2010-1-GB2-LEO04-03729-6), it was considered appropriate to build a concept of Clinical Supervision in Nursing, accept by all the participating countries in the project. To this end we performed a literature review of the concept of Clinical Supervision in Nursing (CSN), and elaborated a proposal for a concept that has undergone expert review. The final consensus was reached after three rounds. Given the scope of the concept presented by all countries and considering that only Portugal, United Kingdom and Ireland had CSN definitions contained in official documents of the regulatory bodies of the profession, there was increased difficulty in reaching consensus, especially with Germans participants, who in their language does not have a term that matches the CSN. The final concept comes from a cross-cultural and linguistic adaptation.

Keywords: Nursing; clinical supervision; transcultural nursing.

Introdução

Com o objetivo de identificar habilidades e competências necessárias à mobilidade dos enfermeiros para outros países, realizou-se o projeto *Training Requirements and Nursing Skills for Mobility* (TRaNSforM), financiado pelo programa Leonardo da Vinci – Parcerias (2010-1-GB-2-LEO04-03729-6), que decorreu entre agosto 2010 e julho 2012, envolvendo Portugal, Reino Unido, Bélgica, Irlanda, Alemanha, Finlândia e Turquia.

Durante a sua execução, foi identificada a necessidade de clarificar conceitos, que se percebeu terem diferentes interpretações consoante o país, e criar um glossário dos termos mais vezes utilizados na concretização do projeto. Cada país participante assumiu a responsabilidade por um conceito, tendo como objetivo obter uma definição consensual.

Um dos conceitos considerados essenciais foi o de supervisão clínica em enfermagem (SCE), tendo a equipa portuguesa ficado responsável por construir um conceito transversal aos países participantes no TRaNSforM.

Método

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre SCE, com base nas diretivas emanadas pelas organizações que regulamentam a prática de enfermagem e, ainda, em bibliografia produzida por autores de cada um dos países participantes.

Posteriormente efetuou-se a análise de todos os documentos enviados pelos parceiros TRaNSforM, via IVERSITY – *space learning environment* – (<http://un.iversity.org>) e elaborou-se uma proposta de conceito que foi reenviada a todos (26 peritos, dos sete países envolvidos) para análise. Efetuaram-se três rondas, no sentido de se atingir o consenso, o que permitiu definir o conceito final de supervisão clínica em enfermagem, em língua inglesa, idioma oficial do projeto.

Resultados

Dada a abrangência do conceito apresentado por todos os países e considerando que, somente, Portugal, Reino Unido e Irlanda tinham definições de SCE que constam em documentos oficiais das organizações reguladoras da profissão, houve dificuldade acrescida na obtenção de consenso, principalmente por parte dos participantes alemães, que na sua língua não têm um termo que se adegue ao de SCE.

O conceito final advém, não só, de uma adaptação transcultural, mas também, de uma adaptação linguística. Foi concebido tendo por base toda a documentação enviada pelos países participantes, a análise dos diversos conceitos e a discussão efetuada pelos peritos. Com base no consenso obtido foram elaboradas uma “**short definition**” (*Clinical Supervision is a formal, systematic and continuous process of professional support and learning, for practicing nurses, in which nurses are assisted in developing their practice through regular discussion with experienced colleagues and aims to promote autonomous decision-making, valuing the individual’s protection and safe care provision through reflective processes and clinical practice analysis*) e uma “**work definition**” (*Clinical Supervision has been identified within nursing as a process for improving clinical practice and reducing the emotional burden of nursing practice. It is an accepted strategy to identify solutions to problems, improve practice, and increase understand-*

ding of professional issues. Its relevance in nursing is in the potential benefits it can add to patient care and nurses as well, both individually and as a professional group. Not only it helps prevents stress and burnout, it also contributes to job satisfaction [according to Proctor's model, the functions of Clinical Supervision are "normative" (assess and assure quality), "restorative" (e.g. encourage emotional processing; support and assistance with coping; alleviate stress) and "formative" (e.g. maintaining and facilitating supervisees' competence, capability and general effectiveness)]. Clinical Supervision is a formal, systematic and continuous process of professional support and learning, for practicing nurses, in which nurses are assisted in developing their practice through regular discussion with experienced colleagues with whom they can share clinical, organizational, developmental and emotional experiences.

Clinical Supervision aims to promote autonomous decision-making, valuing the individual's protection and safe care provision through reflective processes and clinical practice analysis, with the ultimate goal of improving professional practice. The supervision process can also establish positive working relationships and cooperation with other colleagues. The focus of the supervision process is the progressive autonomy of the supervised. The supervisor should be a qualified and expert nurse who acts both as a model and a reference in a secure confidential environment in order to enhance knowledge and professional skills. A Supervisor should encourage the supervisee to become an active and engaged actor in the learning process and positive change, and should further take on the mission of helping and guiding the supervised, providing continuous and regular feedback on their performance. The supervisor is expected to listen, motivate, facilitate and stimulate, while developing a joint process with the supervised).

Conclusões

Partilhar experiências, pensamentos e ideias com os outros participantes de forma a otimizar a formação, de base e ao longo da vida, dos estudantes de Enfermagem e dos enfermeiros relativamente ao atendimento das populações imigrantes que recorrem aos cuidados de saúde foi um dos objetivos do projeto TRANSforM. Para a sua consecução foi necessário que todos percebessem os conceitos que estavam em discussão.

A obtenção de consensos relativos a conceitos utilizados na prática de enfermagem permite uma melhor e mais eficaz partilha de informação e conhecimento que poderá otimizar a migração dos enfermeiros no espaço europeu.

Este trabalho permitiu construir um conceito de SCE transversal aos países participantes no TRANSforM, que se encontra disponível no *website* produzido pelo projeto (<http://www.transformnursing.eu>) no apontador "Glossário".

Referências bibliográficas

AN BORD ALTRANAIS [ABA] *Review of scope of practice for nursing and midwifery: Final report*. Dublin: ABA, 2000.

ANAFARTA, N. Bireysel kariyer danışmanı olarak rehber (Mentor). *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2002, 3(1), 115-128.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)*, 10 de Novembro, 2003 (BGBl. L. S. 2263), §2, Abs. 2; §4, Abs. 1, Satz 4.

HAKALA, A. *Hoitotyön lähiesimiesten kokemuksia hallinnollisesta työnohjauksesta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa*. Amk Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 2009. Disponível em: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200912047066>

MILNE, D. An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*. 2007, 46(4), 437-447.

NADIRSHAW, Z. e TORRY, B. *Transcultural health care practice: Transcultural clinical supervision in health care practice*, (s.d.). Disponível em: http://www.rcn.org.uk/development/learning/transcultural_health/clinicalsupervision

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Caderno temático – Modelo de desenvolvimento profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Conselho de Enfermagem, 2010 [consultado 8 dezembro 2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

Alunos de hoje, enfermeiros de amanhã – um despertar para o cuidar, na unidade de convalescença

Mariana Guedes; Lídia Lopes; Fátima Pinho & A. Sofia Simão

Unidade de Convalescença da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE., Enfermeiras.

Autor correspondente: **Mariana Guedes** (marianaguedes@sapo.pt)

Resumo

O seguinte trabalho foi realizado de forma a sustentar a elaboração e apresentação de um poster e aborda a temática da Supervisão Clínica na Unidade de Convalescença (UC), tendo em conta as suas especificidades, nomeadamente no âmbito do autocuidado, e a importância de despertar e desenvolver nos alunos competências e estratégias nesta área, de forma a obterem-se benefícios para o utente, família e sociedade, com vista a ganhos em saúde, sociais e económicos.

Palavras-chave: Supervisão; alunos de enfermagem; autocuidado; unidade de convalescença.

Abstract

The following work was made to support a poster and it focus in Clinical Supervision in a Convalescence Unit, taking into account their specificities, particularly in the context of self-care and the importance to awaken and develop the students skills and strategies in this area in order to obtain benefits for users, family and society to achieve health, social and economic gains.

Keywords: Supervision; nursing students; self-care; convalescence units.

Introdução

A articulação entre as escolas e os serviços de saúde é uma necessidade desde sempre sentida na formação em Enfermagem, mas com maior relevância nos dias de hoje. Os alunos de Enfermagem chegam às unidades de cuidados com um conjunto de saberes teóricos e necessitam das oportunidades que surgem nos ensinamentos clínicos para os mobilizar e colocar em prática. Para tal, é importante o apoio de profissionais experientes, conhecedores dos locais de estágio, capazes de estabelecer uma relação entre a formação em sala de aula e a que irá ocorrer no estágio.

Espera-se que esta supervisão promova autonomia no aluno e desenvolvimento profissional de natureza reflexiva, onde o tutor já não tem um papel transmissivo e aplicacionista, mas competências na sua área de desempenho, didáticas e supervisivas.

A UC da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (ULSM), por exemplo, recebe com regularidade alunos de Enfermagem em estágio sob supervisão clínica, tornando-se importante actualizar e reflectir nesta temática, visando dar o melhor contributo como enfermeiros a exercer funções nesta unidade. Dadas as especificidades desta unidade de cuidados, consideramos que Ensinos Clínicos neste campo são importantes, em que se incentiva a promoção da autonomia, nomeadamente na área do autocuidado, e capacidades funcionais do utente no âmbito dos Cuidados Continuados, principalmente para incutir nos alunos a importância que estas têm, quando aplicadas para a readaptação e recuperação do utente.

O presente trabalho foi realizado de forma a sustentar a elaboração e apresentação do Poster “Alunos de Hoje, Enfermeiros de Amanhã – Um Despertar para o Cuidar, na Unidade de Convalescença”, para o II Congresso Internacional de Supervisão Clínica da ESEP, no âmbito do desenvolvimento de competências de supervisão clínica, particularmente tendo em conta as especificidades e focos de atenção da Unidade de Convalescença.

Metodologia

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho baseou-se em pesquisa na base de dados *EBSCOHost* e *ScienceDirect*, assim como pesquisa bibliográfica em livros. Utilizámos os descritores: supervisão, alunos de enfermagem, autocuidado, unidade de convalescença e limites de pesquisa “full text”. Os critérios de inclusão foram: artigos de investigação, artigos de revisão sistemática e os artigos estarem disponíveis na íntegra, terem mencionado no resumo as palavras-chave. Os critérios de exclusão foram: artigos de opinião e artigos em que o centro do estudo não foi a temática da supervisão clínica ou que as conclusões não eram de especial interesse para o objetivo do trabalho. Pesquisámos também o Referencial do Enfermeiro da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do Conselho de Enfermagem, o documento dos Cuidados Continuados: “A prestação de cuidados nas unidades de convalescença: Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI” (2006) e o Decreto-Lei n.º 101/2006.

Resultados

As UC’s inserem-se no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e têm como fim promover a autonomia, melhorando as capacidades funcionais da pessoa em situação de dependência, “(...) através da sua reabilitação, readaptação e a reintegração social” (Decreto-Lei 101/2006, p. 3857).

Dados os objetivos deste tipo de unidades, os cuidados de enfermagem e de reabilitação, orientam-se no sentido de atingir o máximo de autonomia dos utentes. Para concretizar este pressuposto, o acompanhamento do progresso funcional e cognitivo para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) e o estado mental, deve estar implícito nos cuidados (Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social 2006).

Pela nossa experiência enquanto enfermeiras da UC e acrescentando aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, bem como, o Referencial do Enfermeiro do Conselho de Enfermagem, constatamos que surgem

áreas centrais de atenção e actuação na UC, que devem guiar a nossa prática, sendo estas: o autocuidado, razão para a ação, adesão ao regime terapêutico e gestão do regime terapêutico. Sendo estas áreas do conhecimento disciplinar dos enfermeiros, são as que melhor representam o contributo que os enfermeiros podem dar na promoção da autonomia e da recuperação funcional da pessoa. Mais se acrescenta que, esta intervenção deve ser de participação dos destinatários, reforçando as suas capacidades e competências (Conselho de Enfermagem 2009).

Em paralelo às nossas funções, recebemos alunos de Enfermagem em Ensino Clínico, tendo vindo a denotar que muitos dos alunos desconhecem a tipologia e objetivos da UC, conduzindo quase sempre a sua ação para a prestação de cuidados gerais e numa dinâmica de substituição do utente na realização dos seus autocuidados. Chun-Heung e French (cit. por Abreu 2007, p. 115) referem que a formação em contexto clínico é a que mais influencia o desenvolvimento de saberes, competências e a própria socialização profissional, enfatizando a importância do contexto da aprendizagem no local de formação clínica. Consideramos assim de total importância na nossa actuação enquanto *mentorship*, conduzir os alunos para uma reflexão mais aprofundada acerca dos focos de atenção de enfermagem, atrás descritos, de forma a consciencializar para a importância dos cuidados continuados, a sua aplicação crucial para que se possam atingir os objetivos e para que se oriente a prática pelos padrões de qualidade, usufruindo ao máximo desta valência da RNCCI, na promoção da autonomia e desenvolvimento das potencialidades da pessoa. No âmbito destes cuidados, o enfermeiro é o técnico de saúde melhor colocado para dar resposta aos objetivos e atribuições das UC e

A utilização do nível de dependência de cuidados com enfoque apenas na dependência física é redutora, uma vez que para os utilizadores da Rede são relevantes outras necessidades que implicam outro tipo de respostas profissionais (ex. adaptação ao novo estado de saúde; adesão ao regime, capacitação da pessoa e do prestador de cuidados entre outros). (Conselho de Enfermagem 2009, p. 19).

Esta consciencialização por parte dos alunos da importância e benefícios para os utentes, família e sociedade, relativamente aos autocuidados, pode ser extrapolada e inserida no seu futuro contexto de trabalho e vir a traduzir-se em ganhos socioeconómicos, pela diminuição das despesas de saúde e apoios domiciliários, bem como pela diminuição nos encargos para as famílias, já de si sobrecarregadas.

Neste contexto, surge a necessidade de avaliar se os utentes que ingressam na unidade estão dispostos a desempenhar um papel activo na sua recuperação, ou seja, avaliar a razão para a ação do utente para o desempenho do seu autocuidado, sabendo que a razão para a ação "(...) é um tipo de Fenómeno de Enfermagem com as características específicas: motivação para a compreensão e explanação do comportamento da pessoa" (ICN 2003, p.43).

Deste modo, é crucial para isso o trabalho desenvolvido no reconhecimento da Razão para a Ação, como factores determinantes do sucesso ou não da autonomia no autocuidado. Os alunos são orientados a valorizar as atitudes do utente face ao autocuidado, a sua percepção para a autoeficácia e a consciencialização para o autocuidado, de forma a melhor planearem os cuidados e a adaptar as necessidades de ensinos. Nesta filosofia de cuidados, é avaliado inclusive a volição do utente e também a necessidade e ou capacidade de utilizar equipamentos adaptativos (ajudas técnicas) para maximizar a independência. De igual forma, tendo em conta os inúmeros ensinos e treinos de habilidades desenvolvidos na UC, de forma a promover a

Adesão e Gestão do Regime Terapêutico, os alunos são incentivados a promover o *empowerment* de forma a permitir aos utentes desenvolver confiança no desempenho das diferentes actividades para o autocuidado. O *empowerment*

(...) consiste num processo em que o doente adquire um maior poder e controle sobre a sua vida, proporcionado quer por um ganho de conhecimentos como pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitem a tomada de decisão e a participação efectiva no seu projecto de saúde. (Pereira 2010, p.6)

Consideramos assim, que este conceito será de total interesse na abordagem do autocuidado, pois "(...) conduz naturalmente à promoção da autonomia do doente e família necessária para o processo de capacitação destes para a gestão do regime terapêutico, farmacológico, alimentar e de hábitos de vida saudáveis" (Pereira 2010, p. 66).

Discussão de resultados/conclusão

Conclui-se, assim, que numa lógica de Cuidados Continuados, mais especificamente, no desempenho das funções do enfermeiro numa Unidade de Convalescença, os Focos de Atenção, atrás explanados, devem ser profundamente estudados e interiorizados, de forma a responder eficientemente à demanda de cuidados preconizados. Neste sentido, e enquanto tutores, consideramos fundamental promover nos alunos este sentido de cuidados e fazer com que estes desenvolvam competências e sentido crítico nesta filosofia do cuidar, pois dadas as tendências actuais de cuidados de saúde, deverá ser este o futuro da saúde em Portugal.

Como tutores, aceitamos ser como um “modelo” para o aluno, asseguramos a pertinência e adequação das experiências facultadas e proporcionamos experiências de aprendizagem e momentos de formação, que nas UC se afiguram como um maior desafio, pois a filosofia de cuidados encerra especificidades e uma atuação mais sistematizada e reflexiva.

Referências bibliográficas

ABREU, W. C. *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau, 2007.

BACKMAN, K. e HENTINEN, M. Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, 30(3), 564-72.

CONSELHO DE ENFERMAGEM. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros, 2009 [consultado 10 novembro 2010]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI - v.FINAL Referencial do Enfermeiro - Abril 2009.pdf>

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE: versão β1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

CUIDADOS CONTINUADOS, SAÚDE E APOIO SOCIAL [CCSAS]. *A prestação de cuidados nas unidades de convalescença: Enquadramento das unidades de convalescença na RNCCI*. 2006 [consultado 17 novembro 2010]. Disponível em: <http://apfisio.pt/GrupoTrabalho/UCMRNCCI.pdf>

DECRETO-LEI n.º 101/2006, D.R. I SÉRIE-A, 109 (06-06-06). *Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, 3856-3865 [consultado 20 novembro 2009]. Disponível em: http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/cuidados-continuados-de-saude/D.L.%20101-2006-%206%20Junho.pdf/view

PEREIRA, M. *A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, 2010.

Histórico de enfermagem pautado no referencial teórico-filosófico de Dorothea Orem

Gabriela Rezende Neiva¹; Marisa Dibbern Correia²; Lucienne Muniz Braga³; Thaizy Valânia Silveira⁴ & Willians Guilherme dos Santos⁵

¹ Universidade Federal de Viçosa, Estudante de Enfermagem em mobilidade acadêmica com a Universidade da Coruna, Espanha. Bolsista do CNPq - Brasil.

² Universidade Federal de Viçosa, Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente II.

³ Universidade Federal de Viçosa, Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Professora Assistente II.

⁴ Universidade Federal de Viçosa, Estudante do oitavo período do curso de Graduação em Enfermagem.

⁵ Universidade Federal de Viçosa, Estudante do quarto período do curso de Graduação em Enfermagem.

Autor correspondente: **Gabriela Neiva** (gabriela.neiva@ufv.br)

Agradecimento: Projeto desenvolvido com apoio do Programa Institucional de Bolsas de Extensão Universitária PIBEX/UFV.

Resumo

A teoria de Dorothea Orem é uma das mais utilizadas no Brasil e caracteriza-se como uma teoria universal, pois proporciona abordagem holística ao paciente. O objetivo deste trabalho é apresentar o instrumento de coleta de dados construído a partir do referencial de Orem. O cenário foi um Hospital Mineiro/Brasil. Reuniões foram realizadas com 15 enfermeiros para estudo das teorias de enfermagem; para capacitar os enfermeiros no tocante ao exame físico e para elaborar um instrumento de coleta de dados a partir do referencial de Orem. O instrumento construído pelos enfermeiros conforme proposta de Orem possui três partes: 1 - Requisitos Universais (registro da anamnese, história pregressa, hábitos de vida e saúde); 2 - Requisitos Desenvolvimentais (registro das adaptações a eventos importantes, como modificações decorrentes do crescimento e desenvolvimento e também a adaptações decorrentes de eventos); 3- Desvios de Saúde (registro dos sinais vitais e de indicadores relacionados aos domínios apresentados pela Taxonomia 2 da NANDA Internacional). A partir dos dados apresentados verifica-se que o instrumento possibilita o registro do histórico de enfermagem e reflete as características da clientela a quem será aplicado.

Palavras-chave: Enfermagem; processos de enfermagem; teoria de enfermagem.

Abstract

The theory of Dorothea Orem is one of the most used in Brazil and is characterized as a universal theory, it provides a holistic approach to the patient. The aim of this paper is to present the instrument built from the Orem's referential. The setting was a Hospital in Brazil. Meetings were conducted with 15 nurses to study the theories of nursing; to empower nurses in relation to physical exam and develop instrument for data collection based on the theory of Orem. The instrument built by nurses according to Orem's proposal has three parts: 1 - Universal Requirements (record of history, lifestyle habits and health); 2 - Developmental requirements (record of important events, such as changes resulting from growth and development as well as adjustments arising from events), 3 - Deviations of Health (record vital signs and indicators related to issues submitted by the NANDA International Taxonomy 2). From the data presented it is verified that the instrument allows recording the history of nursing and reflects the characteristics of the clients who will be applied.

Keywords: Nursing; nursing process; nursing theory.

Introdução

O trabalho do enfermeiro é composto por vertentes administrativas, educacionais e assistenciais (Brasil 1986). Na assistência ao paciente, o enfermeiro dispõe de uma metodologia denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é regulamentada no Brasil pela resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Brasil 2009). Esta determina a utilização de um referencial teórico que guie as etapas do processo de enfermagem (PE).

Dentre as teorias mais utilizadas no Brasil, destaca-se a do autocuidado de Dorothea Orem, caracterizada como uma teoria universal, pois proporciona uma abordagem holística ao paciente e tem sido implementada a indivíduos em várias condições clínicas, tanto na atenção primária quanto na terciária (Santos e Sarat 2008). É composta por três teorias interrelacionadas: teoria do autocuidado, teoria do déficit do autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem. A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado que é definido como a capacidade que o indivíduo tem de cuidar de si próprio e quando esta está afetada têm-se os requisitos de autocuidado: universais (essenciais para manutenção da vida); desenvolvimentais (adaptações a eventos) e de desvios de saúde (associados aos déficits de saúde). A Teoria do Déficit de Autocuidado indica quando há um desvio de saúde que incapacita ou limita o indivíduo para realizar as atividades de autocuidado necessitando, assim, de assistência da enfermagem para auxiliar ou realizar para o indivíduo atividades de manutenção da vida. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem destaca a forma como as necessidades de autocuidado do paciente serão satisfeitas pelo enfermeiro, pelo próprio indivíduo ou por ambos. Orem as classificou em: sistema totalmente compensatório - quando o indivíduo é incapaz de desempenhar o autocuidado, sendo socialmente dependente; sistema parcialmente compensatório - enfermeiro e paciente executam medidas de cuidado e sistema de apoio-educação - o indivíduo pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico (Foster e Bennett 2000).

O PE é composto por cinco etapas: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação de intervenções em enfermagem e avaliação de enfermagem (Brasil 2009).

A primeira etapa corresponde a um processo sistemático de coletar, categorizar, validar e registrar os dados relativos à reação do paciente (Wilkinson e Van Leuven 2010). Segundo os autores, os dados podem ser oriundos do exame físico, anamnese, observação direta do paciente, informações percebidas pela família, exames laboratoriais e sinais vitais.

É imperativo que o enfermeiro desenvolva recursos para organizar e registrar os dados coletados, pois as demais fases do PE são dependentes deles. Para atingir esse propósito, é interessante que um instrumento seja construído baseado nas características da população atendida, pois quanto mais específico, melhor será a assistência ao paciente (Correa et al. 2008).

Diante do exposto organizou-se um projeto de pesquisa e extensão com vistas a sistematizar o cuidado de enfermagem, construir e validar impressos para operacionalizar a SAE, melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes e proporcionar um campo de prática qualificado e estruturado aos estudantes de enfermagem.

O objetivo deste trabalho é apresentar o instrumento de coleta de dados, construído a partir do referencial da Teoria de Orem, para pacientes internados na clínica médica de um hospital mineiro/Brasil.

Metodologia

O cenário foi um Hospital da Zona da Mata Mineira/Brasil e a população foi composta por 15 enfermeiros que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV), sendo aprovado sob registro n.º 161/2011 e atendeu à Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Brasil. Está sendo conduzido por docentes e estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFV e pelos integrantes da Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem – LA-SAE/UFV.

A partir de novembro de 2011, reuniões foram realizadas com os enfermeiros para: 1) apresentar as teorias de enfermagem mais utilizadas no Brasil, para que os enfermeiros pudessem escolher aquela mais adequada à clientela; 2) capacitar os enfermeiros no exame físico; 3) estudar a literatura atual no tocante à elaboração de instrumentos de coleta de dados e no referencial teórico escolhido para a implantação da SAE (a Teoria de Orem); e 4) elaborar o instrumento de coleta de dados para pacientes internados na clínica médica, a partir do referencial adotado.

O projeto de pesquisa e extensão atualmente encontra-se em execução, pois objetiva a implantação do PE em todas as suas etapas.

Resultados e discussão

O instrumento foi composto de três partes principais: PARTE 1 – Requisitos Universais; PARTE 2 – Requisitos Desenvolvimentais; PARTE 3 – Desvios de Saúde, conforme proposta de Orem.

A parte 1 é o local destinado ao registro da anamnese, onde o enfermeiro realizará o registro dos dados coletados a partir das informações fornecidas pelo paciente ou por seu acompanhante, relativos à história pregressa à internação, seus hábitos de vida e de saúde e da percepção que o enfermeiro faz acerca da resposta do paciente à internação (Quadro 1).

Quadro 1 – Indicadores dos Requisitos Universais

Título	Indicadores Avaliados
Manutenção do Ar	Respiração em ar ambiente
Ingesta Alimentar	Tipo de alimentação, quantidade, apetite, peso, altura
Ingesta Hídrica	Tipo de líquidos ingeridos e quantidade
Eliminações	Tipo, frequência e aspecto
Atividade e Repouso	Tipo de atividade desenvolvida, lazer, exercícios físicos, sono diário
Interação Social	Pessoas com quem reside, classificação da relação, vida sexual, uso de contraceptivos, religião, estado emocional
Segurança e Proteção	Tabagismo, etilismo, drogadição, automedicação, alergias

A segunda parte do instrumento, denominada Requisitos Desenvolvimentais, é o local destinado ao registro das adaptações a eventos importantes, como modificações decorrentes do crescimento e desenvolvimento e também a adaptações decorrentes do evento de saúde-doença que motivou a internação.

A parte 3 do instrumento, os Desvios de Saúde, é composta inicialmente por uma área para registro dos sinais vitais aferidos no momento da entrevista pelo enfermeiro e por indicadores relacionados aos domínios apresentados pela Taxonomia 2 da NANDA Internacional (NANDA-I, 2013). Essa estruturação foi desenvolvida para facilitar o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem na fase seguinte (Quadro 2).

Quadro 2 – Indicadores dos Desvios de Saúde

Título	Indicadores Avaliados
Promoção da Saúde	Queixa principal e seu início, doenças correlacionadas, exames e cirurgias realizadas, medicamentos em uso, conhecimento sobre a doença
Nutrição	Exame da cavidade oral, tipo de alimentação/nutrição prescrita, aceitação, hidratação
Eliminação e Troca	Eliminação urinária e fecal, exame do abdome, da pele, do sistema respiratório e circulatório
Atividade e Repouso	Avaliação do sono e limitações físicas
Percepção / Cognição	Exame do sistema neurológico e dificuldades na comunicação
Autopercepção	Avaliação da higiene pessoal e percepção de si mesmo
Papeis e Relacionamento	Indicação do sistema de suporte e contato com essa pessoa
Sexualidade	Local para registro de alterações relatadas
Segurança / Proteção	Presença de cateteres, ostomias e drenos, sinais flogísticos, escala de Braden (risco para úlcera por pressão), lesões, incisões, risco para queda
Conforto	Avaliação da dor

Conclusão

A implantação da SAE remete à necessidade de construção de instrumentos que auxiliem o devido registro de todas as fases do PE.

O instrumento apresentado satisfaz os enfermeiros do hospital, pois refletiu as características da clientela a quem será aplicado. Ressalta-se que o processo de implementação da SAE no

hospital está em andamento e este trabalho representa uma parte do processo em execução. Destaca-se que, em fase posterior, o instrumento será submetido à validação de conteúdo por experts na área.

Referências bibliográficas

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN-358/2009 (09-10-15)*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [consultado 15 março 2013]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

BRASIL. *Lei n.º 7498/86 (86-06-25)*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. [consultado 15 março 2013]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

CORREA, L. C. L. et al. Coleta de dados de enfermagem em unidade coronária: Validação de instrumento. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2008, **15**(2), 59-64.

FOSTER, P. C. e BENNETT, A. M. Dorothea E. Orem. In: J. B. GEORGE. *Teorias de enfermagem: Os fundamentos da prática profissional*. Cap. 7. 4.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, pp. 83-101.

NANDA International. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SANTOS, I. e SARAT, C. N. F. Modalidade de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem Brasileira. *Rev. Enferm. UERJ*. 2008, **16**(3), 313-18.

WILKINSON, J. M. e VAN LEUVEN, K. *Fundamentos de enfermagem: Pensando e fazendo*. São Paulo: Roca, 2010.

Supervisão clínica e prevenção de *bullying* no trabalho

Antónia Teixeira¹; Teresa Rodrigues Ferreira² & Elizabete Borges³

¹ Centro Hospitalar São João, Enfermeira.

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador.

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor adjunto.

Autor correspondente: **Antónia Teixeira** (anadrite@sapo.pt)

Resumo

O *bullying* no local de trabalho, quando se verifica no setor da saúde, constitui uma ameaça à saúde dos profissionais e à segurança dos cuidados prestados aos cidadãos. Com este estudo pretende-se descrever atos de *bullying* identificados por enfermeiros, enquanto vítimas e/ou testemunhas. O estudo foi dirigido a enfermeiros com 10 ou mais anos de atividade profissional. Recorremos à entrevista semiestruturada para recolha de informação. A integração dificultadora e impedir a pessoa de se expressar foram alguns dos atos de *bullying* identificados, quer pelas testemunhas, quer pelas vítimas. A integração dificultadora foi descrita não apenas para os enfermeiros recém-formados, como também para enfermeiros com vários anos de atividade profissional. A supervisão de pares pode ser um contributo para a prevenção de *bullying*, promovendo uma integração facilitadora dos enfermeiros.

Palavras-chave: *Bullying*; enfermeiros; integração.

Abstract

Workplace bullying when in the health sector, constitutes a threat to health professionals and to the safety of care provided to citizens. This study aims to describe acts of bullying identified by nurses, such as victims and/or witnesses. It was directed to nurses with 10 or more years of professional activity. We use the semi-structured interviews to gathering information. Difficult integration and preventing people from expressing themselves were some of the acts of bullying identified both by witnesses and victims. Difficult integration was described not only for newly graduated nurses, but also for the nurses with several years of professional activity. The peer supervision can be a contribution to bullying prevention, promoting a better integration of nurses in the workplace.

Keywords: *Bullying*; nurses; integration.

Introdução

Bullying no trabalho refere-se à vitimização, persistente e sistemática, de um colega ou subordinado, com o uso repetido de vários tipos de comportamentos agressivos, durante um longo período de tempo e numa situação em que as vítimas têm dificuldade em se defender (Einarsen et al. 2011).

A violência no setor da saúde conduz a graves consequências para a saúde física e mental dos profissionais, prejudicando o seu desempenho, pondo em causa a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos (Direção-Geral da Saúde 2006).

A supervisão inadequada é uma das várias condições de trabalho que colocam os profissionais de saúde em maior risco de violência (ICN 2007).

Metodologia

Este estudo teve como objetivo descrever atos de *bullying* identificados por enfermeiros. O estudo é do tipo exploratório, descritivo e transversal, inserido num paradigma de investigação qualitativa.

Participantes

Participaram no estudo enfermeiros, no mínimo, com 10 anos de atividade profissional. A amostragem por redes foi o método de seleção dos participantes. O número de participantes foi condicionado pela saturação da informação, sendo no total 12 participantes.

O grupo de participantes é predominantemente do sexo feminino (83,3%). A média de idades é de 35,9 anos (desvio padrão de 4,8), correspondendo a idade mínima a 31 anos e a idade máxima a 49 anos. O tempo médio de experiência profissional é de 13,7 anos (desvio padrão de 4,3). A maioria dos participantes (83,3%) trabalha em contexto hospitalar.

Instrumentos

A técnica utilizada para a recolha de informação foi a entrevista semiestruturada.

Procedimentos

A informação fornecida durante a entrevista foi gravada e transcrita para texto em computador. As entrevistas foram codificadas com a atribuição da letra E, seguida de um número, de 1 a 12, de acordo com a ordem em que foi realizada cada entrevista. A informação foi submetida a uma análise de conteúdo temática. Foram cumpridos os requisitos éticos do processo investigativo.

Resultados

Integração dificultadora, reações hostis e impedir a pessoa de se expressar foram os atos de *bullying* identificados pelas testemunhas, como ilustra a tabela 1.

Tabela 1 – Atos de bullying identificados pelas testemunhas

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Integração dificultadora	"... integrações muito mal feitas... as pessoas eram de tal a agressividade..." (E1) "... já assisti a alguns colegas mais novos, que entraram para um serviço de novo e tiveram alguma perseguição... por parte de alguns colegas..." (E12)
Reações Hostis	"... há uma certa crispção entre alguns elementos com ele... essa colega... tá sempre... a quezilar com ele..." (E7)
Impedir a pessoa de se expressar	"... a pessoa não... tinha o direito de expressar exatamente aquilo que pensava..." (E12)

As vítimas referiram: integração dificultadora, comunicação hostil, impedir a pessoa de se expressar, críticas à personalidade, críticas sobre o trabalho e ser alvo de gozo e ironia, como mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Atos de bullying identificados pelas vítimas

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Integração dificultadora	"... quando fiz a transição dos cuidados diferenciados para os cuidados primários, a minha integração não foi propriamente muito facilitadora... não sentia apoio de parte de quem lá estava..." (E7) "... na fase inicial em que vim... para o serviço senti isso... senti má vontade! O ambiente era pouco agradável... críticas veladas..." (E9)
Comunicação hostil	"... comunicação pouco afável..." (E9)
Impedir a pessoa de se expressar	"... e se faz um certo boicote... às opiniões..." (E9)
Críticas à personalidade	"... críticas constantes à tua personalidade... não tens que ser igual a toda a gente..." (E11)
Críticas sobre o trabalho	"... quando vês que o teu trabalho, só porque não é feito da mesma maneira que a pessoa faz, o que não quer dizer que estivesse mal feito, para aquela pessoa já estava mal feito, porque não era igual ao dela..." (E11)
Ser alvo de gozo e ironia	"... limitavam-se a criticar... quem ouvia as críticas e as brincadeiras e os gozos acabava por simplesmente rir... às vezes estas brincadeiras não são só brincadeiras, ofendem e magoam..." (E11)

Discussão dos resultados

Os participantes, enquanto testemunhas, referem situações com que os novos enfermeiros se confrontam quando chegados a um serviço, percecionadas como dificultadoras no processo de integração. Estes dados vão ao encontro de estudos como o de Simons e Mawn (2010), em que o *bullying* é, particularmente, experienciado por enfermeiros recém-formados ou com poucos anos de experiência profissional.

Enquanto as testemunhas se referem apenas à integração de elementos com pouco tempo de atividade profissional, algumas vítimas referem uma integração dificultadora quando mudaram de serviço, após vários anos de experiência profissional. A integração pode ser um momento de sofrimento não apenas para os recém-formados, como também para enfermeiros com mais tempo de atividade profissional. Tal facto vai ao encontro do mencionado por Zapf et al. (2011), que referem que o *bullying* ocorre tanto em pessoas jovens como em pessoas com mais idade.

Conclusões

A integração dificultadora foi referida pelas testemunhas e pelas vítimas.

A integração adequada dos enfermeiros ao serviço é fundamental para a segurança dos cuidados prestados aos utentes (OE 2009).

O processo de supervisão clínica em enfermagem envolve apoio, suporte emocional e estímulo, pelo que é de esperar que promova ganhos a nível de processos psicológicos dos intervenientes (Abreu 2007).

Concluimos que a supervisão de pares pode ser um contributo para a prevenção de atos de *bullying*, ao promover uma integração facilitadora dos enfermeiros.

Referências bibliográficas

ABREU, W. C. *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Circular Informativa n.º 15/DSPCS (06-04-07). *Melhorar o ambiente organizacional em prol da saúde dos profissionais* [consultado 18 novembro 2011]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=0011001400980103AAAAAAA>

EINARSEN, S. et al. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*. 2ª ed. Boca Raton: CRC Press, 2011.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = cuidados de qualidade*. Genebra: ICN, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Jurisdicional - Parecer CJ 75/2008 Sobre: *Processo de integração no serviço*. OE, 2009 [consultado 26 Junho 2012]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer75_2008_processo_integracao_servi%C3%A7o.pdf

SIMONS, S. R. e MAWN, B. Bullying in the workplace: A qualitative study of newly licensed registered nurses. *AAOHN Journal*. 2010, 58(7), 305-311.

ZAPF, D. et al. Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. In: S. EINARSEN et al. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*. 2ª ed. Boca Raton: CRC Press, 2011, pp. 75-105.

Indicadores de qualidade em enfermagem: contributos para a construção de um programa de supervisão clínica

Joana Vieira¹; Margarida Reis Santos² & Regina Pires²

¹ Centro Hospitalar de São João, EPE, Enfermeira.

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, docentes.

Autor correspondente: **Joana Vieira** (marianaguedes@sapo.pt)

Resumo

As dinâmicas supervisivas têm vindo a revelar-se um fator essencial na melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, pelo que, nas últimas décadas se argumente sobre a pertinência da implementação de políticas de promoção e melhoria da qualidade do exercício profissional que envolvam a Supervisão Clínica em Enfermagem como um processo que contribui para este desiderato, regendo-se, para o efeito, por indicadores de qualidade que guiem a prática clínica. O presente estudo surge integrado num projeto intitulado “Conceção de um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários”, visando fornecer contributos para a construção de um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem, através da identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados, na área de cuidados de saúde primários. A investigação envolve duas fases; na primeira fase foi realizada uma entrevista aos participantes onde se abordou essencialmente a Supervisão Clínica em Enfermagem e os indicadores de qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados, e por sua vez, a segunda fase envolve um estudo de consenso sobre os indicadores que requerem atuação prioritária. Foram diversos os indicadores obtidos na primeira fase do estudo, os quais poderão trazer contributos significativos para a clarificação do papel dos enfermeiros para a saúde dos seus clientes e para a implementação de programas de Supervisão Clínica em Enfermagem.

Palavras-chave: Supervisão clínica em enfermagem; qualidade dos cuidados; indicadores de qualidade.

Abstract

The supervisory dynamics have been proving to be a key factor in the improvement of the quality of care provided by nurses, so that in recent decades have been argued about the relevance of the implementation of policies to promote and improve the quality of professional practice involving Clinical Supervision in Nursing as a process that contributes to this goal, governed for this purpose by quality indicators of the clinical practice. This study is part of a research project entitled Design of a program of Clinical Supervision in Nursing in the context of primary health care, aiming to provide an input to the construction of a program of Clinical Supervision in Nursing, through the identification of quality indicators of professional practice in the ambit of the caregiver in the primary health care area. The research involves two phases: in the first phase interviews with participants took place addressing essentially the Clinical Supervision in Nursing and the quality indicators of professional practice in the ambit of the caregiver, and in turn, the second phase involves a study of consensus on indicators requiring priority action. Several indicators were obtained in the first phase of the study, which may bring significant contributions to the clarification of the role of nurses to the health of its customers and to implement programs of Clinical Supervision in Nursing.

Keywords: Clinical supervision in nursing; quality of care; quality indicators.

Introdução

As crescentes políticas de melhoria da qualidade em saúde têm vindo a gerar mudanças significativas na conceção e nas práticas dos enfermeiros. É cada vez maior o interesse pela investigação, pela formação e por estratégias que visem cuidados de excelência. A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) tem sido, de uma forma global, considerada como fulcral para a qualidade e segurança das práticas, pela sua vertente de formação, regulação, partilha, avaliação, reflexão e suporte. Apesar de não ser consensual o papel que acarretará a implementação da SCE, bem como o acréscimo a nível financeiro que poderá trazer numa época de supressão das despesas, importa destacar os múltiplos benefícios que lhe têm sido atribuídos, quer para os supervisores e supervisados, quer para os clientes.

A Supervisão Clínica (SC) centra-se no desenvolvimento de conhecimentos e competências e na promoção de práticas reflexivas, em torno de um ambiente de suporte (Winstanley e White 2003; Brunero e Stein-Parbury 2008) em que os intervenientes podem avaliar, refletir e desenvolver a sua prática clínica (Winstanley e White 2003). Está estreitamente relacionada com os processos de qualidade, certificação e formação profissional (Silva, Pires e Vilela 2011), desempenhando um papel substancial no suporte profissional, na qualidade dos cuidados, na gestão do risco clínico e no desempenho profissional (Pitman 2011). Um dos seus principais objetivos é assegurar os melhores *standards* de cuidados, prestados por profissionais competentes e confiantes nas suas práticas, pelo que tem sido adotada e reconhecida em diferentes áreas, quer pelo suporte aos profissionais quer pela segurança dos clientes, em sistemas de saúde com políticas cada vez mais complexas (Newton 2013). Aliada aos benefícios que têm sido atribuídos à SCE, no que diz respeito à qualidade dos cuidados, importa debruçarmo-nos sobre a apoteose que tem sido adstrita nas últimas décadas à qualidade em saúde.

A qualidade é considerada como uma tarefa multiprofissional, na qual os enfermeiros exercem um papel basilar, sendo portanto indispensável a definição por parte dos mesmos de padrões

de qualidade do seu exercício (OE 2002). Com a definição, a nível global, de metas ambiciosas em saúde e os apoios para o seu desenvolvimento, há uma crescente preocupação em avaliar o desempenho neste âmbito (Kruk e Freedman 2008). Efetivamente avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem não é tarefa fácil, já que é uma área complexa, sendo difícil de isolar os diversos fatores que interferem no impacto causado pelos enfermeiros, sendo talvez por isso poucos os trabalhos existentes nesta área (NHSQIS 2005). Com o fácil acesso a todo o tipo de informação, os indicadores surgem como uma ferramenta importante (Pencheon 2008). A identificação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem é um desafio, contudo, traduz-se na oportunidade de demonstrar a natureza da contribuição dos enfermeiros para a recuperação dos seus clientes (McCance et al. 2011).

É com base nestas necessidades e na iminente implementação de programas de SCE que surge este trabalho. Integrado no projeto “Conceção de um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários”, este estudo visa fornecer contributos para a construção de um programa de SCE, através da identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados, na área de cuidados de saúde primários. Encontra-se organizado em duas fases essenciais: a primeira visa identificar os indicadores que os enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) consideram adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados, através de uma metodologia essencialmente qualitativa; a segunda pretende identificar os indicadores que os enfermeiros das ECCI consideram mais relevantes e prioritários para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados, recorrendo a métodos essencialmente quantitativos.

Metodologia

O paradigma da investigação está ancorado nas perspetivas qualitativa e quantitativa, tendo um cariz descritivo e transversal. O uso da metodologia mista é uma tendência crescente, já que faculta aos investigadores uma alternativa no estudo de problemas complexos na área da saúde, como os enfrentados atualmente em enfermagem (Driessnack, Sousa e Mendes 2007). Os estudos descritivos visam especificar os fatores ou conceitos determinantes, que eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo, e os estudos de cariz transversal caracterizam-se por serem de fácil organização e por fornecer dados imediatos e utilizáveis (Fortin 2009).

Participantes

A população do estudo são os enfermeiros das ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alto Tâmega e Barroso, tendo os participantes sido selecionados através de um processo de amostragem não probabilística. A escolha recaiu sobre este tipo de amostragem já que permite selecionar “sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso” (Fortin 2009, p. 208). Na primeira fase do estudo participaram onze enfermeiros das ECCI de Chaves II, Ribeira de Pena e Vila Pouca de Aguiar.

Instrumentos/Procedimentos

Na primeira fase, os dados foram recolhidos através de uma entrevista em *focus group*. Esta é considerada uma técnica de colheita de dados rica, pois permite dinâmicas de grupo que fa-

ilitam a participação dos intervenientes e a obtenção de muita informação, principalmente em áreas sensíveis da enfermagem (Papastavrou e Panayiota 2012). Para a sua aplicação foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada que versa como temas essenciais a preparação dos prestadores de cuidados, a documentação dos dados, os indicadores de qualidade do exercício profissional e a SCE. O *focus group* foi realizado em junho de 2013, no Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar e teve a duração de cerca de duas horas. Utilizou-se a gravação áudio como recurso para a documentação dos dados recolhidos, com autorização dos participantes por escrito no modelo de consentimento informado elaborado. Após a transcrição dos dados gravados, procedeu-se à sua análise, através da análise de conteúdo segundo Bardin (2008). O tratamento e análise da informação é uma das etapas mais importantes no processo de investigação já que permite ao investigador atribuir significação aos dados recolhidos.

Resultados

Da análise dos dados efetuada na primeira fase do estudo emergiram 32 indicadores, tais como, taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre regime terapêutico, ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene, ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene, taxa de resolução do papel de prestador de cuidados inadequado, entre outros. Na segunda fase do estudo recorremos aos indicadores que emergiram da fase anterior, para a construção de um questionário que pretende, através de consenso, identificar os dez indicadores que os enfermeiros das ECCI consideraram mais relevantes e prioritários para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados. Recorrer-se-á à análise estatística descritiva e inferencial para o tratamento destes dados.

Com o intuito de respeitar os princípios éticos para a realização desta investigação, foi solicitado e obtido o parecer favorável por parte da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, da Comissão Nacional de Proteção de Dados, e também por parte do Diretor Executivo e da Enfermeira Supervisora do ACES do Alto Tâmega e Barroso.

Conclusões

Após a realização da primeira parte deste estudo foi possível constatar que ainda existem muitas reservas relativamente à utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional e, principalmente, muitas incertezas no que diz respeito à implementação de programas de SCE. É salvaguardada a importância que os indicadores têm vindo a assumir no quotidiano das organizações de saúde, contudo, os resultados obtidos com a utilização dos mesmos, e o seu modo de utilização, são dúbios para os participantes. Não obstante, são identificados diversos indicadores, considerados essenciais por parte dos participantes no âmbito do prestador de cuidados. Estes indicadores baseiam-se, essencialmente, nos ganhos em conhecimento e aprendizagem de capacidades dos prestadores de cuidados em diversas áreas inerentes ao cuidado da pessoa dependente e à preparação do prestador de cuidados para o desempenho do papel. É também atribuído destaque ao envolvimento e à satisfação do prestador de cuidados no desempenho do seu papel.

Com a identificação destes indicadores pretende-se facultar guias de orientação para o trabalho desempenhado pelos enfermeiros, no âmbito do prestador de cuidados em ECCI, de forma

a evidenciar o trabalho realizado por este tipo de unidades com os seus clientes, respetivas famílias e prestadores de cuidados, traduzindo-se em ganhos em saúde e na clarificação do contributo dos enfermeiros para a saúde dos seus clientes. A implementação de programas de SCE poderá vir a contribuir positivamente para as dinâmicas desenvolvidas e para a qualidade dos cuidados, no que concerne à supervisão de pares, e também, à supervisão dos cuidados prestados aos clientes, quer pelos profissionais quer pelos prestadores de cuidados informais.

Importa destacar que os enfermeiros devem ser envolvidos nos processos de mudança, daí que se considere fundamental a sua participação ativa na construção de um programa de SCE a desenvolver no seu contexto de trabalho, sendo crucial que contribuam na identificação de indicadores de qualidade inerentes ao seu exercício profissional.

Referências bibliográficas

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed: Edições 70, 2008.
- BRUNERO, S. e STEIN-PARBURY, J. The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2008, **25**(3), 86-94.
- DRIESSNACK, M., SOUSA, V. e MENDES, I. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007, **15**(5), 1048-9.
- FORTIN, M. *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 2009.
- McCANCE, T. et al. Identifying key performance indicators for nursing and midwifery care using a consensus approach. *Journal of Clinical Nursing*. 2011, **21**, 1145-1154.
- KRUK, M. e FREEDMAN, L. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. *Health Policy*. 2008, **85**, 263-276.
- NATIONAL HEALTH SYSTEM QUALITY IMPROVEMENT SCOTLAND. *The impact of nursing on patient clinical outcomes*. Edinburg: NHSQIS, 2005 [consultado 22 fevereiro 2013]. Disponível em: [http:// www.nhshealthquality.org](http://www.nhshealthquality.org)
- NEWTON, S. *Clinical supervision policy: version n.º 2:3*. Plymouth: National Health Service Plymouth, 2013.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- PAPASTAVROU, E. e PANAYIOTA, A. Exploring sensitive nursing issues through focus group approaches. *Health Science Journal*. 2012, **6**(2), 186-200.
- PENCHEON, D. *The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators*. National Health System - Institute for Innovation and Improvement, 2008 [consultado 15 abril 2013]. Disponível em: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584>
- PITMAN, S. *Handbook for clinical supervisors: nursing post-graduate programmes*. Royal College of Surgeons in Ireland, 2011 [consultado 20 março 2013]. Disponível em: [http:// epubs.rcsi.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=ilhmrep](http://epubs.rcsi.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=ilhmrep)
- SILVA, R., PIRES, R. e VILELA, C. Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: revisão sistemática de literatura. *Referência: Revista de Educação e Formação em Enfermagem*. 2011, **3**, 113-122.
- WINSTANLEY, J. e WHITE, E. Clinical supervision: Models, measures and best practice. *Nurse Researcher*. 2003, **10**(4), 7-38.

Uma tríade em supervisão clínica em enfermagem

Ana Antunes¹; Joana Carvalho² & Paula Sousa³

¹ Hospital Pedro Hispano da Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E., Enfermeira Especialista. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Assistente convidada. Doutoranda em Enfermagem no ICS da Universidade Católica.

² Hospital Pedro Hispano da Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E., Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem no ICS da Universidade Católica.

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor adjunto.

Autor correspondente: **Ana Antunes** (anaantunes2@gmail.pt)

Resumo

Os enfermeiros são profissionais de eleição na prestação de cuidados de qualidade e excelência, que só é possível com formação sólida, que permita a aquisição de competências, capacidades de reflexão, auto-avaliação, e procura constante de conhecimento, baseado na evidência e cimentado com a utilização do sistema de supervisão clínica em enfermagem. Este artigo, pretende realçar a importância da supervisão clínica em enfermagem, despertando nos enfermeiros a necessidade da sua aplicação e análise baseadas na evidência científica. Deste modo, o desenvolvimento de estratégias de atuação, o pensamento reflexivo e o acompanhamento sistemático e a orientação de estudantes em contexto clínico assente numa relação supervisiva, poderão constituir fatores determinantes para o desenvolvimento pessoal e profissional, assim como para a qualidade e segurança na prestação de cuidados.

Palavras-chave: Pensamento reflexivo/crítico; ensino clínico; supervisão clínica em enfermagem; relação.

Abstract

Nurses are professionals of choice in providing quality and excellent care due to their solid basic training that allows them to acquire skills, enhance reflecting capabilities, get self-assessment skills, and interest in the acquisition of knowledge based in evidence and cemented with usage of the system of clinical supervision in nursing. This article aims to highlight the importance of clinical supervision in nursing, raising awareness to nurses for the need of its application and analysis based on scientific evidence. Thus the development of strategies

of action, reflective thinking and systematic monitoring and guidance of students in a clinical context, may be decisive factors for personal and professional development as well as the quality and safety in the provision of care.

Keywords: Reflective/critical thinking; clinical teaching; clinical supervision in nursing practice; relationship.

Introdução

A revisão da literatura aponta para o facto de uma das preocupações dominantes da atualidade respeitar à implementação dum processo de supervisão clínica em enfermagem, que promova o desenvolvimento e reflexão dos estudantes não só em áreas específicas do saber, mas, também, a nível do desenvolvimento pessoal e interpessoal, como fatores essenciais na promoção de sujeitos autónomos, capazes de agirem com eficácia, no contexto atual de mudança e incerteza, e de desenvolverem formas de intervenção adequadas ao futuro que se lhes depare.

Nesta perspetiva, pretendemos evidenciar a relevância do pensamento crítico-reflexivo, na supervisão clínica em enfermagem como meio essencial para incrementar o desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes, indo ao encontro do entendimento de Abreu (2007), que considera que a supervisão e a reflexão são ferramentas importantes para tal. Também, o contexto clínico, se torna fulcral pois permite desenvolver capacidades, atitudes e competências técnicas, científicas e humanas, pôr em prática e aprofundar conhecimentos adquiridos, a integração de conhecimentos teóricos e a aquisição de saberes práticos e processuais, a propensão para a investigação, a integração profissional e a identificação de “modelos” profissionais (Abreu 2007; Alarcão e Rua 2005; Simões, Alarcão e Costa 2008).

Ainda neste contexto, a relação supervisiva, que releva o respeito pelo estudante, assim como o estabelecimento duma relação e comunicação empáticas e de confiança necessárias e propícias à aprendizagem, assume extrema importância. Isto é, torna-se necessário construir um clima favorável a uma relação de ajuda recíproca, cordial e empática, a qual, na opinião de Alarcão e Tavares (2003), deve ser estabelecida desde os primeiros encontros.

Fundamentação

O conceito de supervisão foi evoluindo ao longo da história. Segundo Alarcão e Tavares (2003) era conotada como um processo em que o supervisor exercia poder sobre a pessoa, descorando o respeito pela mesma. Ainda os mesmos autores referem que atualmente, se distinguem os dois sentidos que a língua portuguesa atribui ao termo, considerando-se, por um lado as funções de fiscalização e superintendência constantes do dicionário e reconhecendo-se, por outro lado a ideia de acompanhamento do processo formativo. Esta abordagem é, fundamentalmente, direcionada para a orientação da prática pedagógica, considerando que a supervisão tem em vista o desenvolvimento e aprendizagem de profissionais.

Transpondo para o domínio de enfermagem, emerge a aprendizagem em contexto clínico, que segundo Abreu (2007) é uma dimensão estruturante da socialização e da formação dos profissionais de saúde. Aliás, de acordo com o mesmo autor, já no século X se reconheceu a im-

portância da formação clínica para os profissionais de saúde, encarando-se a supervisão como uma estratégia simultânea de orientação e promoção da qualidade na esfera clínica. O Relatório Allitt (Clothier et al., 1994, de acordo com Abreu, 2007), elaborado após acontecimento drástico com a enfermeira Allitt, levou a uma discussão sobre a formação dos profissionais de saúde, tendo-se concluído pela necessidade de desenvolver estratégias institucionais que possibilitem acompanhamento mais próximo nos contextos da prática.

Ainda, a supervisão clínica em enfermagem, assenta sobre o princípio do desenvolvimento pessoal e profissional, o que vai de encontro à posição de Hawkins e Shohet (1989), citados por Abreu (2007), que a consideram um processo desenvolvimental, cuja ênfase é o desenvolvimento da relação supervisiva, como forma de dar suporte e apoiar o supervisionado.

As diversas definições de supervisão clínica em enfermagem, tiveram o mérito de contribuir, paulatinamente, para o estabelecimento de uma base concetual, em que emerge como um processo que inclui as capacidades assistenciais, o desenvolvimento de competências clínicas, o suporte e uma reflexão sistemática sobre os saberes (Abreu, 2002).

Para Pires et al. (2004), dada a forte ligação do ensino de enfermagem com o contexto de trabalho, devido à natureza essencialmente prática da profissão, em que o seu âmbito de ação é uma área em constante transformação, surge a necessidade de pensar e repensar o processo de formação inicial e as práticas, bem como, as competências essenciais ao desempenho da profissão. Por sua vez, o uso de capacidades de pensamento, designadamente de pensamento crítico, o qual, conforme Tenreiro-Vieira (2001) constitui uma pedra basilar na formação de indivíduos capazes de se realizarem enquanto pessoas, socialmente intervenientes e com capacidade de resposta às dinâmicas e exigências da sociedade atual. Assim, é necessário operacionalizar aos níveis de ensino, tutoria e supervisão, práticas reflexivas, adotando uma postura de pensador crítico, quer do ponto de vista do estudante, quer do supervisor. Pensar criticamente será, um caminho a seguir se pretendermos investir em processos de ensino/aprendizagem que conduzam os estudantes a descobrir e desenvolver as suas potencialidades, privilegiando a autonomia na descoberta do conhecimento.

Reportando às definições de supervisão clínica em enfermagem, poderemos dizer que apontam para uma prática clínica reflexiva, com o objetivo de ajudar, aconselhar e orientar, tendo em vista a melhoria da qualidade. Isto é, tem como finalidade: assegurar práticas de qualidade, desenvolver competências e conhecimentos, fornecer sustentação profissional e proporcionar segurança aos clientes (Brocklehurst, 1994 mencionado por Abreu, 2001; Pires et al. 2004).

Para os mesmos autores, a educação centrada no estudante e no desenvolvimento da reflexão, na e sobre a acção, exige que aprendizagem reflexiva, em enfermagem, seja um elemento central para a construção dum saber baseado no lema de aprender a aprender. Por outro lado, defendem que os profissionais devem ser formados para o dinâmico, imprevisível e necessidade de serem capazes de responder aos problemas. Para promover a reflexão e assim desenvolver a aprendizagem, a relação supervisor/estudante é determinante.

Na ótica de Simões e Garrido (2007), supervisionar exige conhecer os elementos intervenientes no processo, compreender o estudante nos seus diferentes estádios de desenvolvimento, nas tarefas que tem de realizar e no clima afetivo onde ocorre a supervisão. Como referem os mesmos autores, para que este processo de supervisão seja eficaz, é necessário que os su-

pervisores adotem diversas estratégias de supervisão, evitando que assente no improviso. Concomitantemente, ao supervisor clínico, é exigido que, para além de deter da experiência profissional, domine conhecimentos de supervisão, para que a exerça, ultrapassando a estreita relação de ajuda com estudantes, incluindo a noção de contínuo, reflexão e retroalimentação, visando o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante.

Embora existam vários modelos de supervisão clínica em enfermagem, é inegável a importância da adoção do pensamento reflexivo, pois uma visão mecanicista não explica, a complexidade do homem como ser bio-psico-socio-cultural. Evidencia-se, assim, a necessidade de encarar o estudante como “uma totalidade” a respeitar pelo supervisor, promovendo no supervisionado, na linha de Alarcão e Tavares (2003) a capacidade de refletir na e sobre a sua prática e, a partir daí, construir e reconstruir o seu conhecimento.

Neste contexto, a permanente descoberta e partilha de aprendizagens, fomenta o aprender a pensar de forma reflexiva e crítica, a qual assume especial relevância em ensino clínico, permitindo aumentar a autonomia dos estudantes, melhorar a comunicação e aumentar a motivação de estudantes e supervisores. É fulcral ter em consideração, indo ao encontro da ideia de Alarcão e Tavares (2003), não só o estágio de desenvolvimento do estudante, mas também a personalidade, os objetivos a alcançar, os conhecimentos a obter, o estabelecimento dum clima afectivo-relacional, de entreajuda, empático e colaborativo, de forma a que os problemas e dificuldades, decorrentes da aprendizagem, sejam identificados, analisados e resolvidos, permitindo atingir os objetivos. Assim, torna-se necessário estabelecer uma relação recíproca em que ambos, embora com funções diferentes, definem objetivos e estratégias, onde o respeito, o empenho e a confiança devem ser preservados, favorecendo um clima favorável para a aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para a melhoria da qualidade da prática. Nesta relação, é essencial a capacidade do supervisor prestar atenção, saber escutar, utilizar técnicas de comunicação verbais e não verbais adequadas, interpretando, compreendendo e orientando, o estudante.

Consideram-se, assim, como passos fundamentais do supervisor para o processo superviso: definir objetivos claros, consistentes, pertinentes e exequíveis; ensinar a trabalhar em equipa; ajudar a encontrar soluções para os problemas; negociar; orientar; formular questões reflexivas; ter capacidade de observação e análise; saber escutar, compreender e integrar as perspetivas dos estudantes; comunicar de forma correta, verbal e não verbalmente; proporcionar *feedback*; interpretar, cooperar e interrogar; reforçar a auto-estima; ser detentor de formação e conhecimentos atuais; ter motivação e disponibilidade.

O supervisor clínico, relativamente ao estudante, deve também, promover o desenvolvimento de certas competências: capacidade de identificar, aprofundar, mobilizar e integrar os conhecimentos teóricos; reconhecimento e resolução de problemas e potenciais dificuldades, apoiado na tomada de decisão refletida e utilizando as estratégias mais adequadas; capacidade de reflexão fomentando o espírito crítico, reflexivo e de responsabilidade, o pensamento ético, o autoconhecimento e a autoavaliação; aquisição de autonomia de forma progressiva.

Em suma, para que o processo superviso se desenrole com eficácia, é imperativo ser alicerçado numa relação superviso, assim como fomentar nos estudantes o pensamento reflexivo, nomeadamente em ensino clínico - momento privilegiado de reflexão, comunicação e experimentação. Esta tríade de relação / pensamento reflexivo / ensino clínico em supervisão

clínica em enfermagem, favorece o desenvolvimento pessoal e profissional, proporcionando autonomia, segurança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Conclusão

Pretendeu-se reconhecer a relevância supervisão clínica em enfermagem, assim como da relação supervisiva, do pensamento reflexivo/crítico e da aprendizagem em ensino clínico, fulcrais para o desenvolvimento de competências e capacidades indispensáveis para a formação dos estudantes, como futuros enfermeiros.

Concluimos, que é inegável a importância da adoção do pensamento reflexivo na supervisão e que, como supervisores clínicos, devemos investir na investigação, reflexão e ensino clínico, a fim de obter formação adequada que possibilite resposta atempada e eficaz às solicitações da sociedade, permitindo que o processo de ensino aprendizagem decorra num ambiente que proporcione novos desafios e oportunidades, assente numa relação empática, de confiança e respeito, isenta de objetivos demasiado ambiciosos, que possam ser propiciadores de *stress* e ansiedade no estudante. Só assim é possível transmitir segurança, fomentando a capacidade de decisão adequada, possibilitando aos futuros profissionais a aquisição de competências necessárias ao desenvolvimento pessoal e profissional e que demonstrem motivação, acreditem nas suas potencialidades, tenham capacidade crítica e reflexiva, construtiva, empreendedora e eficiente prática profissional, promovendo a excelência de cuidados.

Referências bibliográficas

- ABREU, W. C. *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- ABREU, W. C. *Identidade, formação e trabalho*. Coimbra: Formasau, 2001.
- ABREU, W. C. Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*. 2002, 6(45), 53-7.
- ABREU, W. C. *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?*. Cadernos Sinais Vitais, 1. Coimbra: Formasau, 2003.
- ALARCÃO, I. e RUA, M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*. 2005, 14(3), 373-382.
- ALARCÃO, I. e TAVARES, J. *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Almedina, 2003.
- GARRIDO, A. e SIMÕES, J. *Supervisão de alunos em ensino clínico. Uma reflexão*. *Revista Nursing*. 2007, 218, 6-11.
- PIRES, R. M. et al. A supervisão clínica de alunos de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. 2004, 54, 5-15.
- SIMÕES, J. F., ALARCÃO, I. e COSTA, N. Supervisão em ensino clínico em enfermagem: A perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência*. 2008, 6, 91-108.
- SIMÕES, J. F. e GARRIDO, A. F. S. Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 2007, 16(4), 599-608.
- TENREIRO-VIEIRA, C. O pensamento crítico no currículo enunciado de disciplinas de ciências. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*. 2001, 5(1), 103-117.

A análise SWOT como estratégia de (auto)avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada

Rui Pereira¹ & Maria Rito²

¹ Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Professor adjunto. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

² Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Professor coordenador. Enfermeiro Especialista na área da Saúde Pública.

Autor correspondente: **Rui Pereira** (ruipereira@ese.uminho.pt)

Resumo

A avaliação é uma realidade indissociável dos processos formativos e do desenvolvimento de competências em contextos de prática clínica pelos estudantes de enfermagem. Neste trabalho, equacionámos a utilização da análise SWOT enquanto metodologia estruturada e sistematizada de (auto)avaliação em ensinos clínicos/estágios, pretendendo-se ponderar os ganhos potenciais associados ao recurso à metodologia SWOT, enquanto estratégia complementar de avaliação das diversas experiências formativas em contextos da prática. Na generalidade os resultados obtidos apontam para uma significativa utilidade da análise SWOT enquanto estratégia de apoio à (auto)avaliação, num contexto de reflexão crítica. Também a simplicidade de utilização e o cariz pragmático a ela subjacente parecem revestir-se de interesse para os estudantes em contexto de prática clínica, nomeadamente a clarificação entre fatores intrínsecos e extrínsecos, bem como a distinção entre fatores favorecedores e dificultadores da aquisição/desenvolvimento de competências e aprendizagens em contexto de prática clínica. Numa perspetiva indutiva, a experiência adquirida associada aos resultados empíricos verificados, apresentam-se como argumentos favoráveis à utilização sistemática da análise SWOT no contexto dos ensinos clínicos/estágios.

Palavras-chave: Análise SWOT; ensinos clínicos/estágios; avaliação; supervisão clínica em enfermagem.

Abstract

Evaluation is inseparable from formative processes and the development of skills in the context of clinical practice of nursing students. In this work, we equate the use of SWOT analysis as a methodology for structured and systematic (self)evaluation in clinical teaching/internship, pretending to balance the potential gains associated with the use of SWOT

methodology as a complementary strategy for evaluating several formative experiences in settings of practice. In general the results suggest a significant usefulness of SWOT analysis as a strategy to support (self)evaluation in the context of a critical reflection. Also the simplicity of use and its underlying pragmatic oriented seems to be of interest to students in the context of clinical practice, including the clarification between intrinsic and extrinsic factors, as well as the distinction between factors enhancers and inhibiting the acquisition and development of skills and learning in the context of clinical practice. In an inductive perspective, the experience linked to the observed empirical results are presented as arguments for the systematic use of SWOT analysis in the context of clinical teaching and internship.

Keywords: SWOT analysis; clinical teaching/practice; evaluation; nursing clinical supervision.

Introdução

A avaliação é uma realidade indissociável dos processos formativos e do desenvolvimento de competências em contextos de prática clínica pelos estudantes de enfermagem. Em conformidade e em concreto, neste trabalho equacionámos a utilização da análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) enquanto metodologia estruturada e sistematizada de (auto)avaliação em ensinos clínicos/estágios¹, pretendendo-se ponderar os ganhos potenciais associados ao recurso à metodologia SWOT, como estratégia complementar de avaliação em contextos da prática, no âmbito do ensino pré-graduado de Enfermagem².

O método de análise SWOT foi inicialmente concebido como um modelo de avaliação da posição de uma organização ou empresa face ao mercado. No contexto de ensino/aprendizagem e do desenvolvimento de competências associadas à prática clínica, a análise SWOT é elaborada na perspetiva de focar a síntese dos cenários, sinalizando os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças. Assim, consolidam-se os mais relevantes aspetos/dimensões, que favorecem ou dificultam as aprendizagens. Em paralelo com a distinção entre dimensões favorecedoras e dificultadoras, anteriormente assinalada, surgem os eixos associados aos fatores intrínsecos e aos fatores extrínsecos. Os primeiros consideram, entre outras, as dimensões de ordem pessoal, individual e específica de cada aluno (e. g. atitudes, comportamentos, percursos formativos prévios e postura face à aprendizagem em contexto de prática clínica supervisionada). Quanto aos segundos, encontram-se intimamente ligados a aspetos de ordem organizacional, estrutural e institucional, à dinâmica funcional das diferentes unidades de saúde/serviços e ainda às características e perfis dos próprios supervisores e ou tutores.

Depois de realizada a análise SWOT, devem ser direcionados esforços e definidas medidas de remediação na procura das soluções (personalizadas e individualizadas) mais adequadas, que permitam superar as dimensões que afetam de um modo mais negativo, o desempenho. Com o estudo SWOT elaborado, podem-se também identificar e potenciar fatores catalisadores do sucesso formativo. Concomitantemente, os objetivos e metas serão definidos com maior

¹ De acordo com Abreu (2003, p. 23), o aluno aprende em ensino clínico quando "integra a informação e desenvolve uma ação, num contexto de avaliação e controlo, processos que podem ser auto ou hétero-dirigidos."

² Na realidade, o ponto de partida para a realização deste estudo surgiu pela partilha e concordância dos autores face a necessidades identificadas previamente em matéria de investigação em supervisão clínica em enfermagem. Para Simões e Garrido (2007, p. 606): "É necessário questionarmo-nos sobre que estratégias escolher para favorecer a aprendizagem desejada e que tipos de transações docente-estudante, melhor permitirão esta aprendizagem."

precisão e eficácia de modo a adequar e orientar o desempenho para que se atinjam, a um nível mais elevado, os resultados de aprendizagem/objetivos definidos para o ensino clínico/estágio³.

Métodos

Baseados numa lógica de cariz indutivo, partimos de uma reflexão sobre a aplicação da análise SWOT de acordo com o modelo preconizado (Figura 1) por parte dos alunos, cuja utilização como instrumento de apoio à reflexão crítica e complemento da avaliação formal, tem sido consistentemente preconizada em ensinios clínicos e ou estágios, no período relativo aos dois últimos anos letivos, em alunos a frequentar o 4.º ano do curso de licenciatura em Enfermagem, nomeadamente na vertente de cuidados de saúde primários/saúde comunitária.

Figura1 – Modelo de análise SWOT



Complementarmente elaborou-se e aplicou-se um instrumento de colheita de dados a 85 alunos, que realizaram o Estágio de Integração à Vida Profissional. O período de colheita de dados reportou-se aos meses compreendidos entre março e julho do corrente ano (2013), tendo sido obtida uma taxa de resposta de 100%. O presente instrumento cuja livre resposta ocorreu após esclarecimento inicial e obtenção do respetivo consentimento informado, assegurava aos participantes o anonimato, bem como a confidencialidade dos dados fornecidos e assentava em três questões⁴ fundamentais.

³ O particular ênfase na avaliação e autoavaliação em contextos de prática clínica justifica-se porquanto nestes 'pretende-se que o aluno desenvolva competências de carácter científico, técnico e humano, num processo contínuo de crescimento e autonomia pessoal, de forma a ser capaz de planear, concretizar, gerir e avaliar' a prestação de cuidados de enfermagem (Carvalho 2005, p. 104).

⁴ I. De um modo geral entende que a utilização da análise SWOT foi uma mais-valia no processo de (auto)avaliação e reflexão crítica do seu estágio? II. De que modo caracterizaria a utilização deste instrumento como ferramenta complementar/ apoio à sua (auto)avaliação em termos das suas eventuais potencialidades/dificuldades? III. Atendendo ao contexto anteriormente explicitado, como classificaria globalmente a utilização da análise SWOT?

Resultados

Para a sistematização e categorização genérica dos resultados obtidos, foram elencadas as dimensões enunciadas pelos alunos que em seguida se apresentam (Quadro 1).

Quadro 1 – Potencialidades / Dificuldades sinalizadas na utilização da análise SWOT por parte dos estudantes

Potencialidades	Dificuldades
<ul style="list-style-type: none"> • Suporte, estruturação e predisposição para a reflexão; • Orientação do desenvolvimento pessoal; • Conscientização dos pontos desfavoráveis ao desenvolvimento de competências e aprendizagens; • Monitorização célere da aprendizagem face à evolução do estágio; • Abrangência, sistematização e sintetização da análise; • Caráter esquemático e visual; • Facilitador da elaboração do relatório crítico de atividades; 	<ul style="list-style-type: none"> • Assumir algumas dificuldades/debilidades/ameaças; • Falta de destreza inicial na utilização da ferramenta/instrumento; • Dificuldade em alocar certos parâmetros entre “ameaça” ou “oportunidade”; • O preenchimento numa fase inicial revela-se algo complexo; • Falta de prática na utilização;

A totalidade dos alunos (n=85) entendeu que a utilização da análise SWOT se constitui “como uma mais-valia no processo de (auto)avaliação e reflexão crítica do estágio”. Idêntico resultado foi observado entre os alunos que consideram globalmente e no contexto em estudo, a utilização da análise SWOT como “útil e/ou muito útil”. Quanto aos resultados obtidos relativos às potencialidades/dificuldades assinaladas na sua utilização, foram várias as perspetivas expostas.

Discussão

Na generalidade os resultados obtidos apontam para uma significativa utilidade da análise SWOT enquanto estratégia de apoio à (auto)avaliação, num contexto de reflexão crítica. Também a simplicidade de utilização e o cariz pragmático a ela subjacente, parecem revestir-se de interesse para os estudantes em contexto de prática clínica, nomeadamente a clarificação entre fatores intrínsecos e extrínsecos, bem como a distinção entre fatores favorecedores e dificultadores da aquisição/desenvolvimento de competências e aprendizagens em contexto de prática clínica. Complementarmente o cariz dinâmico e a estrutura alicerçante da evolução do desempenho em contexto de prática clínica, são potencialidades destacadas pelos alunos.

Em termos de dificuldades, denotam-se sobretudo questões inerentes à falta de experiência na utilização do método, sendo as restantes questões elencadas inerentes a este fator principal. Neste sentido, caberá em primeira instância à equipa docente, uma intervenção inicial, complementada pela continuidade da supervisão pedagógica, que capacite os estudantes para uma utilização adequada do método, nomeadamente atendendo aos pressupostos expostos no enquadramento do presente trabalho. Também os tutores e supervisores em contexto da prática, poderão efetuar um acompanhamento em contexto, monitorizando o evoluir do processo de aprendizagem e aquisição/desenvolvimento de competências com base na análise SWOT.

Conclusões

A experiência adquirida, associada aos resultados empíricos verificados, apresentam-se como argumentos favoráveis à utilização sistemática da análise SWOT no contexto dos ensinamentos clínicos/estágios, necessitando contudo de maior e alargada demonstração empírica. A análise SWOT afigura-se no entanto, e preliminarmente, como uma ferramenta de trabalho extremamente útil podendo (e devendo) ser utilizada continuamente com o objetivo de, reflexivamente⁵, clarificar o caminho a ser percorrido em termos de aprendizagem e o que deve ser feito na persecução, desenvolvimento e aprofundamento das competências anteriormente identificadas. De um modo sumário e simplificador, a estratégia SWOT caracteriza-se por identificar, visando a sua eliminação/mitigação, os pontos fracos em áreas onde existem riscos e fortalecer os pontos fortes em áreas onde se identificam oportunidades.

O seu cariz dinâmico deverá ser observado de um modo permanente porquanto a mudança é a única constante em qualquer contexto de aprendizagem. Neste âmbito, a mudança constante significa que a análise SWOT não poderá ser feita uma única vez. A sua elaboração e reavaliação deverão ocorrer de um modo regular, sendo que, idealmente, a análise inicial e consequentes revisões de matriz deveriam ocorrer num estágio inicial de integração aos contextos de prática clínica, num momento de avaliação intercalar e ainda, aquando da avaliação final. Recorrendo a este mecanismo dinâmico de *feedback* e controlo⁶, percebe-se que alguns ambientes se mantêm estáveis, enquanto que outros se desenvolvem lentamente, de maneira previsível e outros ainda, mudam rapidamente e de um modo imprevisível.

Consequentemente, no momento atual, os autores revêm-se na íntegra na perspetiva de Pearce (2007, p. 25) quando sistematiza que

a SWOT analysis is a simple tool that can be used in (...) personal development. It is an excellent first method for exploring the possibilities for service or personal development, being neither cumbersome nor time consuming, and is effective because of its simplicity.

⁵ A este propósito afigura-se como particularmente esclarecedor e assertiva a análise de Carvalho (2005, p. 66-67) ao postular que: "Muitos cursos, entre o os quais o curso de enfermagem, incorporam períodos de prática nos seus currículos. Mas este facto por si só não é garantia do desenvolvimento de qualquer competência. (...) É necessário que exista um instrumento que permita e facilite a aprendizagem em contexto de prática. E esse instrumento é a reflexão."

⁶ A importância destes mecanismos foi demonstrada por Araújo e colaboradores num estudo de investigação sobre práticas supervisivas em enfermagem. Neste, os autores concluíram que era fundamental "o reforço de práticas interativas por parte dos docentes, não dispersas mas diversificadas, que iniciem um desenvolvimento efetivo da aprendizagem do estudante. Uma orientação convergente, com *feedback* ajustado em tempo e em conteúdo (...) são também fundamentais, permitindo ao estudante atingir melhores resultados." (Araújo et al. 2012, p. 119).

Referências bibliográficas

- ABREU, W. *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau, 2003.
- ARAÚJO, O. et al. Supervisão em contexto clínico: O testemunho dos estudantes sobre o(s) modelo(s) vigente(s). *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*. 2012, 5(2), 112-121.
- CARVALHO, A. *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.
- DIXE, M. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a orientação em parceria (enfermeiros orientadores e docentes dos ensinos clínicos). *Enfermagem*. 2007, 47-48 (2ª Série), 70-83.
- SUIRONG, J. I. A. N. G. SWOT Analysis of Implementing Clinical Pathway of Nursing in Clinical Nursing Teaching. *Clinical Medicine & Engineering*. 2010, 17(9), 145-147.
- PEARCE, C. Ten steps to carrying out a SWOT analysis. *Nursing Management*. 2007, 14(2), 25.
- SIMÕES, J. e GARRIDO, A. Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2007, 16(4), 599-608.

