



Regina Maria Ferreira Pires **Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional**



Regina Maria Ferreira Pires **Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica do Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem Dona Ana Guedes

o júri

presidente

Doutora Idália da Silva Carvalho Sá-Chaves, Professora Associada da Universidade de Aveiro

vogais

Doutor Rui Fernando de Matos Saraiva Canário, Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

Doutora Maria Teresa Calvário Antunes Martins, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca

Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem Dona Ana Guedes (Orientador)

agradecimentos

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Wilson Abreu, pelo acompanhamento neste percurso e pela referência que tem sido na minha vida.

Ao Hospital Pedro Hispano, onde realizei o estudo.

Aos colegas que participaram no estudo, o meu muito obrigada pela disponibilidade, simpatia e incentivo.

Aos meus alunos.

Aos colegas de Mestrado, em especial ao Garrido, pela grande amizade, apoio, espírito de partilha e, principalmente, pela Pessoa.

À Fernanda Bastos e à Zé Lumini, porque estiveram nos momentos tão difíceis...

Ao Ernesto Jorge, por tudo, principalmente, pela profunda amizade.

À tia Vitória e às primas pelo carinho e pelo colo (tão precioso).

À tia São, ao tio Manuel e aos primos.

Aos meus sogros e ao Francisco.

Ao João Pedro, ao Rafael e ao Bernardo.

À minha família, especialmente à minha Mãe e aos meus irmãos Margarida, Catarina e Hugo, pelo amor incondicional.

Ao Luís, pelo amor e porque é uma luz na minha vida.

A todos os que sempre me apoiaram, um sincero obrigada.

À minha avó Ludovina de Matos que me deixou neste momento tão difícil.

resumo

As rápidas transformações a que temos assistido nas últimas décadas, nas diferentes áreas socio-económicas têm tido grande reflexo nas políticas de saúde implementadas nos mais diversos contextos.

Essas transformações têm-se reflectido também na emergência do debate sobre a supervisão clínica, enquanto processo de promoção da qualidade e formação em contexto de trabalho.

Com esta investigação pretendemos compreender as representações dos enfermeiros sobre a supervisão clínica em enfermagem, os aspectos que estes consideram mais problemáticos no âmbito do exercício profissional da supervisão e o enquadramento organizacional que deve possuir o modelo de supervisão clínica a desenvolver, contribuindo deste modo para a definição de uma política de supervisão clínica em enfermagem.

Ao longo do estudo de investigação, posicionámo-nos no paradigma qualitativo, recorrendo ao estudo de caso, enquanto modo de investigação.

Os dados foram obtidos através da realização de entrevistas semi-estruturadas, a uma amostra de doze enfermeiros de referência do Hospital Pedro Hispano.

O estudo permite-nos verificar que os actores, embora não sejam detentores do estatuto de supervisores clínicos, desempenham funções neste domínio, as quais consideram de extrema importância na reflexão sobre a realidade, no apoio a alunos e profissionais, na segurança e qualidade de cuidados e na organização do trabalho.

Por outro lado, a situação emocional dos supervisandos, a reflexão partilhada sobre as práticas, os recursos e disponibilidade para a supervisão, bem como a indefinição de funções, são alguns dos aspectos mais problemáticos com os quais se confrontam.

No que respeita ao enquadramento institucional da política de supervisão clínica em enfermagem, segundo os actores, esta deve ser sustentada pela filosofia organizacional, tendo por base uma maior sensibilidade para o apoio pessoal e profissional do supervisando e a reflexão sobre as práticas. Entendemos que esta investigação poderá contribuir para o desenvolvimento de uma política de supervisão clínica, que permita aos enfermeiros e à própria organização enfrentar melhor os actuais desafios no sector da saúde.

abstract

The quick changes that have happened along the last decades in the different social and economical areas have had a strong effect on the implemented health policy in the varied situations.

Those changes have also influenced the debate on clinical supervision, as a process of quality promotion and also education on the work environment.

With this investigation we intend to understand how nurses consider clinical supervision in their jobs, which aspects they think are the most difficult to deal with and what organization frame the clinical supervision model should have to make for the definition of a policy of a clinical supervision in Nursing.

Through out this study we chose the qualitative paradigm, using the case study as investigation method.

The data were got through half-structured interviews from a sample of twelve high-qualified nurses of the Pedro Hispano Hospital.

We conclude that these nurses, although they are not clinical supervisors, they have functions in this area, which they consider extremely important about the reality, in the support of students and professionals, in the security and quality in the care and work organization.

On the other hand the emotional situation of the people who are under supervision, the shared reflection over practice, the resources and availability for the supervision, as well as the indefinite functions, are some of the most complex aspects which they have to face.

As far as the institutional frame of the clinical supervision policy in nursing is concerned, according these nurses, this must be supported by the organization philosophy, having a great sensibility towards the people who are being supervised and the reflection on practice.

We believe that this investigation will make for the development of clinical supervision policy, that allows nurses and the organization it self to face the challenges in the health area easily.

ÍNDICE GERAL

	Página
O júri.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Resumo	iv
Abstract	v
ÍNDICE GERAL	vi
ÍNDICE DE QUADROS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
LISTA DE SIGLAS	xiv
INTRODUÇÃO	1

PARTE I – FORMAÇÃO, SUPERVISÃO DE PRÁTICAS E EXPERIÊNCIAS DE QUALIDADE

1. ENFERMAGEM: FORMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS PRÁTICAS	11
1.1. EVOLUÇÃO E SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADOS.....	12
1.2. FORMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS.....	28
1.3. A RELAÇÃO SUPERVISIVA E A QUALIDADE DAS PRÁTICAS.....	37
2. A SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS E OS CONTEXTOS ORGANIZACIONAIS	49
2.1. EVOLUÇÃO E CONCEITOS.....	50
2.2. MODELOS.....	55
2.3. SUPERVISÃO E CONTEXTO ORGANIZACIONAL.....	59
3. CONTEXTO ORGANIZACIONAL EM ESTUDO	65
3.1. HOSPITAL PEDRO HISPANO: ENQUADRAMENTO NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE E NO CONTEXTO LOCAL.....	69
3.2. PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO EM QUALIDADE.....	76

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	87
1.1. INTERROGAÇÕES E MODO DE INVESTIGAÇÃO.....	88
1.2. ACTORES DO ESTUDO.....	93
1.3. TÉCNICA DE RECOLHA DOS DADOS.....	94
1.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO.....	100
2. DO ACTO DE TRABALHO À SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS.....	107
2.1. ACOMPANHAMENTO DAS PRÁTICAS: PROBLEMÁTICAS.....	108
2.2. OS ENFERMEIROS FACE ÀS COMPLEXIDADES SÓCIO-CLÍNICAS.....	114
2.3. DINÂMICAS DE SUPERVISÃO E DINÂMICAS DE FORMAÇÃO.....	123
3. QUE MODELO DE SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS?.....	131
3.1. IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES DO SISTEMA.....	132
3.2. A SUPERVISÃO CLÍNICA NO QUADRO ORGANIZACIONAL.....	134
3.3. SUPERVISÃO CLÍNICA E ACOMPANHAMENTO DE ALUNOS: UMA PERSPECTIVA INTEGRADA.....	138
4. O SUPERVISOR CLÍNICO NO QUADRO INSTITUCIONAL.....	145
4.1. FUNÇÕES E PAPEL SOCIAL.....	145
4.2. ESTRATÉGIAS DE DESIGNAÇÃO.....	148
4.3. RELAÇÕES E ENQUADRAMENTOS FUNCIONAIS.....	155
5. O HOSPITAL E AS DINÂMICAS DE QUALIDADE: ATITUDES E PRÁTICAS....	161
5.1. QUE DESENVOLVIMENTOS ORGANIZACIONAIS?.....	162
5.2. OS ENFERMEIROS FACE AO PROCESSO DE MUDANÇA.....	165
5.3. REALIDADES E DESAFIOS.....	169
6. CONCLUSÕES.....	175
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	191

ANEXOS

ANEXO 1: Guião da entrevista

ANEXO 2: Exemplo de uma entrevista realizada

ANEXO 3: Grelhas de análise das entrevistas

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo do processo de supervisão clínica segundo Nicklin.....	58
Quadro 2 – Blocos temáticos em estudo.....	92
Quadro 3 – Blocos incluídos no guião da entrevista.....	96
Quadro 4 – Domínios e categorias.....	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Relação, contexto e desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro	42
Figura 2 – O modo estudo de caso	91
Figura 3 – Procedimentos da análise de conteúdo	101

LISTA DE SIGLAS

- AC – Acompanhamento clínico
- AF – Acompanhamento na área da formação
- CAF – Common Assessment Framework
- CE – Conselho de Enfermagem
- CQS – Condicionantes da filosofia da qualidade e estratégias de certificação na supervisão
- DF – Dificuldades inerentes à função
- DoH – Department of Health
- DS – Estratégias de designação do supervisor
- EFQM – European Foundation for Quality Management
- Enf – Enfermeiro(a)
- ER – Enfermeiro de Referência
- EUA – Estados Unidos da América
- Ex. – Exemplo
- HPH – Hospital Pedro Hispano
- HQS – Health Quality Service
- IO – Integração noutras estruturas organizacionais
- IQS – Instituto de Qualidade em Saúde
- IS – Importância da supervisão
- KF – King`s Fund
- KFHQS – King`s Fund Health Quality Service
- LDVCVTAP – Leonardo Da Vinci Community Vocational Training Action Programme
- LDVCVTP – Leonardo Da Vinci Community Vocational Training Programme
- NHS – National Health Service
- NHSME – National Health Service Management Executive
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OEP – Ordem dos Enfermeiros Portugueses
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PA – Perspectivas sobre a evolução do sistema de supervisão de alunos
- PAE – Projecção das actividades para o exterior
- PE – Papel das escolas

POS – Programa Operacional da Saúde
PP – Perspectivas sobre a evolução do sistema de supervisão dos profissionais
RC – Chefia do serviço
RCW – Relação com os colegas de trabalho
SAS – Sistemas Aproximados de Supervisão
SC – Supervisão clínica
SCE – Supervisão clínica em enfermagem
SCQ – Contributos da supervisão clínica em enfermagem para a qualidade de cuidados
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SOS – Save our souls
SPP – Suporte pessoal e profissional
SU – Supervisor
TA – Tipos de articulação com pares
UKCC – United Kingdom Central Council
ULS – Unidade Local de Saúde de Matosinhos
WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Os processos de acompanhamento e de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros, hoje colocados no centro do debate sobre a formação, não são processos recentes, nem tão pouco inovadores. Ainda que com pouca visibilidade, estes acompanharam os diversos percursos de formação e de profissionalização na área da saúde.

Abreu (2003) considera que o investimento no acompanhamento das aprendizagens em contexto clínico apareceu associado à necessidade de problematizar a formação e de promover a qualidade dos cuidados de saúde disponibilizados aos utentes. Considera ainda que o início da sistematização do processo de supervisão clínica em enfermagem recebeu influência progressiva das perspectivas psiquiátricas e psicológicas de intervenção psicanalítica, bem patente nos estudos de Hildegard Peplau. Nas áreas clínicas específicas da saúde mental, psiquiatria e psicanálise, a supervisão das intervenções clínicas assume a natureza de uma abordagem ecológica, dada a necessidade de se questionar em simultâneo os processos de formação pessoal e profissional, dimensões às quais se associa a própria formação da personalidade e da identidade (Abreu, 2001, 2003).

É também neste contexto que se inicia, em Portugal, o debate sobre a supervisão clínica em enfermagem. A conceptualização, desenvolvimento e subsequente implementação da supervisão clínica surge assim como consequência da reorganização e desenvolvimento do ensino em enfermagem, da evolução da profissão e igualmente das novas metodologias de avaliação e de acreditação da qualidade da assistência.

À semelhança dos desenvolvimentos ocorridos noutros países da Europa, também em Portugal as mudanças profundas que se têm verificado no domínio da formação fazem-se reflectir de forma inequívoca a nível do desenvolvimento das práticas e da evolução da profissão (fenómeno recursivo). Neste âmbito a visão tradicional da enfermagem associada ao paradigma da racionalidade técnica e a relação de dependência face aos saberes médicos deu progressivamente lugar a uma perspectiva crítica, fazendo emergir uma interpretação mais dinâmica do papel do enfermeiro e da enfermagem, colocando a tónica da profissão nas práticas interdependentes e autónomas. A emergência do paradigma da racionalidade crítica tem acompanhado o desenvolvimento de abordagens de natureza ecológica

(Bronfenbrenner, 1996), o que se consubstancia no recurso a ferramentas que não se limitam a abordar as áreas mais visíveis do comportamento dos profissionais. O investimento na compreensão dos percursos de formação, a promoção de uma atitude crítica e reflexiva e a preocupação com as configurações identitárias são bem o exemplo desta tendência. A emergência desta nova atitude está ainda associada a uma representação diferente sobre o universo das práticas.

No contexto desta visão ecológica das problemáticas da formação em saúde, vale a pena lançar um olhar às políticas internacionais. As rápidas transformações a que temos assistido nas últimas décadas, nas diferentes áreas da actividade humana, têm-nos colocado face a novas exigências socio-económicas, o que tem tido grande reflexo a nível das políticas de saúde. Neste âmbito, a região europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu as “*Metas para a Saúde para Todos*”, como um desafio e obrigação no sentido de reduzir as desigualdades no sector, salientando a necessidade de se ir para além do estabelecimento do nível das evoluções técnicas para assegurar que os serviços de saúde satisfaçam, de um modo integrado, uma diversidade de necessidades (Kemp e Richardson, 1995). As directrizes da OMS vão no sentido de que, a partir de 1990, todos os estados membros tenham constituídos mecanismos eficazes que assegurem a qualidade de cuidados aos utentes dentro dos respectivos sistemas de cuidados de saúde.

Neste contexto, a OMS faz ainda referência aos cuidados de saúde prestados e o modo como os programas de garantia da qualidade devem proporcionar ao indivíduo um constante aperfeiçoamento de si próprio, em função das respostas que vai recebendo, incluindo uma componente educacional nos programas dos trabalhadores da área da saúde que se relacionem, especificamente, com as questões da qualidade dos serviços que prestam e a sua aceitação pelos utentes (Kemp e Richardson, 1995). No nosso País, a qualidade passou do domínio discursivo ao domínio da prática, transformando-se numa filosofia e eixo estruturante das políticas de saúde. No sentido de dar resposta a este desafio, em 1999, através de uma portaria conjunta da Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde, foi criado o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), inserido na “*Estratégia de Saúde para o virar do Século*”, a qual instituiu como objectivo prioritário a definição de uma política de qualidade para o sector, que veio a culminar na implementação de programas de melhoria da qualidade, a nível das organizações de saúde (IQS, 2002: 4).

Em Portugal, o modelo oficialmente adoptado pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, que está sob alçada do Instituto da Qualidade em Saúde, foi o *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS), sediado no Reino Unido. Implementada em parceria entre o IQS e o KFHQS, esta metodologia de acreditação compreende seis fases interligadas: estabelecimento de padrões; auto-avaliação institucional; evolução dos serviços; auditoria por pares; relatório; e acreditação.

O Hospital Pedro Hispano foi um dos primeiros hospitais portugueses a constituir-se como piloto na implementação de sistemas de promoção da qualidade e acreditação, em conformidade com o modelo proposto pelo *King's Fund Health Quality Service*. Foi ainda o primeiro hospital português a ser acreditado como instituição de qualidade, em conformidade com o modelo de acreditação acima referido. Neste processo inicial de acreditação, foram escolhidos e definidos um conjunto de indicadores de referência, os quais deveriam ser avaliados positivamente de forma faseada. A supervisão clínica em enfermagem é, precisamente, um dos indicadores definidos, uma vez que o próprio faz referências explícitas à mesma, em diversos critérios relativos às normas respeitantes aos serviços de enfermagem. No âmbito do que a instituição já conseguiu implementar na área da supervisão clínica, cabe realçar o papel do *enfermeiro de referência*. No contexto organizacional este é um profissional de enfermagem que desempenha simultaneamente o papel de gestor dos cuidados prestados aos utentes do serviço (profissional de referência para o utente, família e comunidade), funções de supervisão face aos colegas e orientação dos alunos em ensino clínico.

Neste enquadramento, por sua própria iniciativa, a instituição decidiu iniciar um projecto na área da Supervisão Clínica em Enfermagem, que se concretizou entre Dezembro de 2002 e Dezembro de 2003. De entre os objectivos formulados para este programa, que constam no relatório preliminar (Maia e Abreu, 2003), destacamos os seguintes: i) Reflectir sobre as competências clínicas dos enfermeiros como suporte para a promoção de práticas de qualidade; ii) Contribuir para uma visibilidade crescente das diversas modalidades de formação em serviço as quais, por estarem referenciadas a conhecimentos “situados”, têm um maior potencial de transformação das competências profissionais; iii) Contribuir para a definição de um sistema de supervisão clínica em enfermagem onde se integram, de forma recursiva, o acompanhamento dos profissionais e o dos alunos em estágio (formação graduada e pós-graduada em enfermagem,

designadamente a formação especializada). Enquanto projecto integrado de investigação e de acção, o programa tem sido enriquecido com diversas pesquisas que têm lugar nesta organização de saúde. Compreendeu igualmente a realização de conferências e *Workshop*, nos quais se trabalharam as dimensões conceptuais e operacionais da supervisão clínica em enfermagem (no contexto da organização). É neste contexto que se desenvolve a pesquisa que passaremos a apresentar, a qual pretende dar resposta a uma interrogação que o programa de intervenção comportava, situada no contexto da instituição (o caso em estudo): que opções pode desenvolver a instituição, em termos conceptuais e operacionais, tendo em vista a implementação de um sistema de supervisão clínica em enfermagem? A esta interrogação estava desde logo associada uma outra questão, que elegemos como a questão de partida do presente estudo: que representações possuem os enfermeiros de referência sobre a supervisão das práticas clínicas?

Esta pesquisa, desenvolvida no âmbito do Mestrado em Supervisão na Universidade de Aveiro, enquadra-se neste projecto institucional, sendo norteadas pelas duas grandes interrogações anteriormente definidas. Pretende-se, com este estudo, para além de dar resposta a um dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Supervisão, constituir um contributo cientificamente consistente para a definição de uma política de supervisão clínica em enfermagem a implementar no Hospital Pedro Hispano.

Os estudos sobre a supervisão clínica em enfermagem permitiram identificar um conjunto de problemas a nível conceptual e operacional, desde logo, porque nem sempre as organizações de saúde reconhecem a pertinência de investir nesta área, pelo menos antes de iniciarem os programas de acreditação. Outro problema identificado, de ordem conceptual, tem a ver com questões terminológicas e conceptuais. Por vezes supervisão clínica em enfermagem, *mentorship* e *preceptorship* surgem como processos idênticos, quando na realidade devem ser considerados distintos. Uma vez que estamos situados num caso específico, parece-nos relevante apresentar o conceito de supervisão clínica que emergiu durante os *Workshop*: “*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 protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional*” (Maia e Abreu, 2003: 8). A ideia de que “*a supervisão clínica se constitui como estratégia de suporte para as organizações de saúde, dinâmicas de formação, funcionamento das*

equipas, maturação pessoal e desenvolvimento profissional...” (Abreu, 2002: 55), foi igualmente uma das nossas referências ao longo deste estudo.

O presente estudo, cujo título é *“Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional”*, pretende constituir uma matriz de informação, espacial e temporalmente situada, para em conjunto com outros estudos, enquadrados no mesmo contexto, contribuir para aprofundar conhecimentos sobre a unidade social em estudo e, simultaneamente, identificar um conjunto de dimensões a considerar em estudos deste tipo, sem quaisquer pretensões de generalização.

Desde o início da década de noventa, do século XX, que o debate sobre a supervisão clínica em enfermagem tem vindo a ganhar consistência entre os teóricos e profissionais de enfermagem dos Estados Unidos, Canadá e Europa. Nos EUA, o debate sobre a temática centrou-se inicialmente sobre as questões conceptuais (Hawkins & Shoet 1989), enquanto que, no Reino Unido, as pesquisas davam maior ênfase à prática e à formação – a questões de ordem operacional (Carroll, 1996 cit. por Van Ooijen, 2000).

No Reino Unido (e por difusão progressiva em toda a Europa), o debate tem conduzido a uma consciência crescente do valor da supervisão clínica em enfermagem, argumentando-se cada vez mais a sua operacionalização e adopção. A investigação produzida nesta área tem enfatizado a necessidade de normalizar conceitos e contextualizar as opções operacionais, uma vez que cada país e cada organização, são realidades socioculturais distintas (Van Ooijen, 2000).

Actualmente, a supervisão clínica suscita ainda algumas dúvidas: o termo “supervisão” cria alguma celeuma, uma vez que na carreira de enfermagem “supervisor” é uma categoria profissional bem determinada, com responsabilidades na área da gestão; por outro lado, e tal como já referiam Bond e Holland (1998), o termo “clínico” ainda cria alguns incómodos – nem sempre se entende como área de intervenção de todos os profissionais de saúde. A função do supervisor clínico em enfermagem consiste fundamentalmente em apoiar o desenvolvimento do profissional (seu par) ajudando-o a contornar as dificuldades, a reflectir sobre as práticas e a desenvolver competências que lhe permitam cuidar com qualidade. O seu papel é central na promoção da qualidade das

práticas, processo para o qual a qualidade da relação supervisiva é factor determinante (Cottrell, 2000a).

Em termos ideológicos, partilhamos as concepções incluídas pelo Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, no documento “*Visão para o Futuro*”. Deste documento, fundamental para as investigações centradas nesta área, a supervisão clínica surge como um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem, que permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências (NHSME, 1993); esta perspectiva, em convergência com outros estudos (por exemplo, Holloway (1995)), transmite a preocupação com a responsabilidade profissional e a protecção dos utentes e dos próprios profissionais, o que contribui para aumentar a segurança da prática em situações clínicas e estimula a reflexão sobre a mesma, devendo ser vista como meio de incentivo para a auto-avaliação e desenvolvimento das capacidades analíticas e reflexivas.

No que se refere à metodologia do nosso estudo, recorreremos ao modo de investigação de estudo de caso, com recurso à metodologia qualitativa. O estudo de caso consiste “*na observação detalhada de um contexto...*” (Bogdan e Biklen, 1994: 89), o que, nesta situação em concreto, se torna particularmente útil, dado que estamos perante o estudo de uma organização hospitalar bem definida e com características particulares, cujos contornos são estudados como típicos da mesma. Optou-se por desenvolver o estudo com doze enfermeiros do hospital, que foram escolhidos após a aplicação sucessiva de três critérios: ser enfermeiro de referência (enfermeiros com funções de supervisão das práticas clínicas), ter participado nas conferências e *workshop* realizados na instituição e, por último, ter o cuidado de que estes representassem sectores hospitalares diversificados.

Recorreremos à entrevista semi-estruturada, enquanto técnica de colheita de informação. A realização de entrevistas permitiu-nos aceder às narrativas das práticas dos actores, as quais se tornaram em informação inestimável para a realização da investigação, através da análise de conteúdo das mesmas.

Este estudo engloba duas partes fundamentais. A primeira consiste no enquadramento conceptual do estudo, centrado na formação, supervisão de práticas e experiências de qualidade, donde salientamos o debate sobre: formação e acompanhamento das práticas de enfermagem – evolução e supervisão das práticas de cuidados, formação e acompanhamento das práticas clínicas, a relação supervisiva e a qualidade das práticas; a

supervisão das práticas e os contextos organizacionais – evolução e conceitos, modelos, a supervisão e contexto organizacional; por último, o contexto organizacional em estudo – enquadramento do Hospital Pedro Hispano no Sistema Nacional de Saúde e no contexto local e, ainda, o programa de acreditação em qualidade.

Na segunda parte explanamos a vertente metodológica e o resultado do estudo empírico – interrogações e modo de investigação, os actores, instrumento de recolha dos dados e os procedimentos de tratamento da informação. Nesta segunda parte, apresentamos, também, os resultados da pesquisa e a discussão dos mesmos: do acto de trabalho à supervisão das práticas; que modelo de supervisão das práticas clínicas; a figura do supervisor clínico no quadro institucional; o hospital e as dinâmicas de qualidade - atitudes e práticas.

Terminamos o estudo com a apresentação das conclusões do mesmo, onde nos referimos aos aspectos mais relevantes em termos de resultados da pesquisa, as (eventuais) dimensões a contemplar na implementação de uma política organizacional de supervisão clínica em enfermagem e ainda, sugestões para futuras investigações.

**PARTE I – FORMAÇÃO, SUPERVISÃO DE PRÁTICAS
E EXPERIÊNCIAS DE QUALIDADE**

1. ENFERMAGEM: FORMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS PRÁTICAS

Segundo Canário (1998), em Portugal, a formação na área da saúde ficará marcada, na última década do século XX, pela emergência e afirmação de um subsistema do Ensino Superior Politécnico vocacionado para a formação de profissionais da saúde, nomeadamente no domínio da enfermagem.

A profissão de enfermagem foi ao longo de muitos anos orientada para o modelo biomédico, marcado pela racionalidade técnica e “*tradicionalmente polarizado em torno da profissão médica*” (Canário, 1998: 7). Porém, tem-se vindo a assistir a um processo de recomposição e qualificação da profissão que é concomitante com a articulação entre formação e a construção e afirmação identitária, o que tem conduzido a uma nova articulação entre a formação e a produção de cuidados (Canário, 1998).

As práticas dos profissionais de saúde constituem uma realidade complexa, pois tal como refere Costa (1997: 9) “*sobre o mesmo fenómeno (situação de cuidados) podem ocorrer interpretações diferentes, conforme o ponto de vista adoptado*”. A mesma autora considera ainda que “*é pela história cognitiva, afectiva e social que cada um dá sentido à realidade dos cuidados; mas para a compreender é preciso observá-la e interpretá-la*” (ibidem, 1997: 9). Neste âmbito, ao desenvolver um estudo na área da formação em enfermagem, Bento (1997) realça a importância de, nos processos de formação, serem criados espaços para a observação, para a discussão, para o questionamento e para a reflexão sobre as práticas individuais e colectivas.

A formação na acção fomenta a aprendizagem em contexto, o que implica a compreensão partilhada das opções e das finalidades da produção de cuidados de enfermagem, bem como dos instrumentos utilizados (Bento, 1997).

A melhoria da qualidade e promoção das práticas passa, indiscutivelmente, pela promoção de uma atitude reflexiva onde a relação supervisiva, ao valorizar a perspectiva de cada um dos intervenientes no processo, permite tornar significativa a actividade comum. Nesta lógica, o trabalho de reflexão conjunta poderá suscitar uma maior integração da experiência, permitindo a atribuição de significado à actividade comum (Bento, 1997).

1.1. EVOLUÇÃO E SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADOS

A prestação de cuidados de saúde, face às profundas alterações políticas operadas nos países ocidentais, constitui-se num campo de práticas sociais, profissionais e formativas em franca expansão e diversificação. Paralelamente, as novas ideologias têm sido tributárias de um processo de problematização das missões atribuídas às instituições e aos profissionais de saúde, processo no qual a formação e a compreensão das configurações identitárias assumem um lugar de relevo (Abreu, 2001). São estas evoluções, relativamente recentes, que estão na génese da enfermagem, como hoje a concebemos, a qual se apresenta num estadio de afirmação da sua identidade.

No entanto, afigura-se-nos fundamental contextualizar os desenvolvimentos ocorridos na Enfermagem ao longo dos tempos, no sentido de tornar mais compreensível o estadio actual.

Normalmente associada ao papel da mulher, a enfermagem, até meados do Século XIX, limitava-se ao papel do cuidar, no sentido empírico, sendo essa a sua maior preocupação, sem que para tal se valorizasse o que socialmente era considerado como uma obrigação. A mulher cuidava dos filhos, do marido, dos mais velhos, dos doentes, dos feridos, dos moribundos, estando-lhe também atribuído o papel de ajudar outros a nascer. Este papel social e o respectivo conhecimento tácito eram transmitidos de geração em geração, de forma empírica, sem que para isso as mulheres tivessem necessidade de saber ler ou escrever (Rebelo, 2002).

Por vezes, este “cuidar familiar” emergia para além do âmbito restrito da família, face a situações de guerra, epidemias, catástrofes, ou outros.

Também o conceito de saúde e doença, a forma como eram prestados os cuidados e quem desempenhava o papel de cuidador, o método para o diagnóstico e tratamento da doença, foram evoluindo ao longo das várias civilizações.

Segundo Martín-Caro e Martín (2001), em função da evolução destes conceitos e da visão sobre os mesmos, ao longo das civilizações, podem ser identificadas quatro grandes etapas da visão do cuidado e, conseqüentemente, da forma de cuidar:

Etapa doméstica do cuidado

Os estudos antropológicos e arqueológicos têm-nos vindo a demonstrar, através da descoberta de desenhos, imagens, e escritos, que o conceito de ajuda aos outros está presente desde o início da civilização, sendo nossa convicção que estes primeiros cuidados deram origem aos cuidados profissionais.

Esta etapa, compreendida entre as primeiras civilizações até à queda do Império Romano, denomina-se de “*doméstica*” dado que, em cada lar, era à mulher que estava atribuído o papel de cuidar, sendo o seu principal foco de atenção a manutenção da vida, face às condições adversas do meio. Os cuidados eram dirigidos à manutenção da vida através da promoção da higiene, uma adequada alimentação, vestuário e, de uma forma geral, todas as medidas que tornassem a vida mais agradável (Martín-Caro e Martín, 2001).

Etapa vocacional do cuidado

Com o aparecimento do cristianismo, a saúde adquiriu uma nova interpretação. A sociedade cristã da época atribuiu o estado de saúde e doença aos “*desígnios de Deus*”. Como consequência directa do advento do cristianismo, a presença da Igreja passa a ser uma constante face ao cuidar (Martín-Caro e Martín, 2001).

As actividades de cuidados passam a estar relacionadas com os conceitos do cristianismo, tendo por base a obediência e submissão. Era uma prática em nome de Deus. O conforto era prestado por um “*conselho*” de tipo moral, sendo o cuidado o meio de “*salvação*” própria. É neste período que surge a figura de mulher, a quem Collière (1999) chama a “*mulher cuidadora*”.

Durante a etapa vocacional dos cuidados, que teve início com o advento do cristianismo prolongando-se até à Idade Moderna, não havia investimento na formação teórica das “*enfermeiras*” e os procedimentos eram muito simples. Daí que a importância do seu papel residisse nas atitudes e dedicação do cuidar de doentes e necessitados. A enfermagem desta época é descrita como uma actividade exercida por pessoas com grande sentido de religiosidade, caridade, submissão e obediência.

Etapa técnica

O desenvolvimento científico e tecnológico aplicado à atenção médica evoluiu lentamente desde o Renascimento e teve o seu expoente máximo no século XX.

A complexidade tecnológica obrigou ao aparecimento de pessoas que assumissem algumas tarefas realizadas pelos médicos. Isso determinou que as pessoas dedicadas ao cuidado do doente fossem designadas de “*pessoal paramédico ou auxiliar*”, denominação que deriva das tarefas que executavam, maioritariamente, delegadas ou declinadas pelos médicos (Martín-Caro e Martín, 2001).

Desenvolvendo-se numa época em que a saúde era entendida como uma luta contra a doença, esta etapa, iniciada em meados do séc. XIX com o advento da “*mulher enfermeira-auxiliar do médico*” (Collière, 1999), é muito marcada pelos estadios anteriores: profissão de mulheres e, durante séculos, reservada a mulheres consagradas.

No nosso país, encontramos nesta etapa as primeiras referências a enfermeiros do sexo masculino, no final do séc. XIX e início do séc. XX. Na 1ª República, durante a I Grande Guerra Mundial, chegam a existir mais homens do que mulheres na prestação de cuidados (Rebello, 2002). No entanto, com o advento do Estado Novo a situação reverteu-se e, em nome dos “bons costumes”, dá-se preferência às mulheres, as quais deveriam ser solteiras ou viúvas e sem filhos, para poderem dedicar-se, exclusivamente, à profissão.

O aparecimento da enfermeira técnica e a separação dos poderes político e religioso permitiram o início da profissionalização em enfermagem.

Os princípios da profissionalização em enfermagem atribuem-se a Florence Nightingale. No entanto, considera-se que, a enfermagem como trabalho eminentemente técnico, surgiu nos anos cinquenta do século XX, quando a rede hospitalar se expande, adquirindo estes centros outra função diferente daquela que vinham desempenhando.

Etapa profissional

No contexto dos desenvolvimentos que se verificaram a nível mundial, desde o final do séc. XIX e ao longo do séc. XX, o conceito de saúde foi alvo das mais profundas transformações, fruto da evolução económica, social e política. Efectivamente, o conceito

evoluiu da mera ausência de doença para uma concepção mais complexa, em que a saúde é entendida como um processo integral e não como um estado.

Tal como, já em 1983, referia Berthef, qualquer que fosse a definição de saúde em que nos situássemos, nesta deveriam ser contemplados três aspectos fundamentais:

- A. A saúde é um estado de equilíbrio e harmonia de todas as possibilidades do ser humano: biológicas, psicológicas e sociais;
- B. A saúde, no plano individual, é plenitude da vida, um produto equilibrado e de total harmonia da pessoa humana;
- C. A saúde pressupõe a existência de uma força potencial de reserva que permita ao organismo reagir a contrariedades, tanto no plano físico como psíquico.

Nesta perspectiva, a atenção para a saúde pressupõe a intervenção de diferentes profissionais, que integrados numa equipa multidisciplinar, atendem de uma forma eficaz e autónoma os diferentes aspectos da saúde individual e colectiva. Em função dos desenvolvimentos, os enfermeiros tiveram que ampliar o seu campo de actuação e, actualmente, o cuidado de enfermagem integra um conjunto de actividades que visam proporcionar maior bem-estar físico e uma melhor adaptação dos indivíduos ao seu meio.

Paralelamente a este novo olhar sobre o conceito de saúde, os enfermeiros questionam-se sobre a essência da enfermagem, consciencializam-se de que estão a perder a sua identidade alicerçada numa relação de proximidade com as pessoas e tratam de afastar-se da dependência histórica de outras disciplinas. Surgem “enfermeiras investigadoras” que a nível teórico e filosófico descrevem a prática específica da profissão, iniciam-se metodologias científicas de trabalho substituindo o modelo empírico e, em grande parte dos países, o ensino passa a ser desenvolvido nas universidades. Definitivamente, inicia-se a etapa profissional da enfermagem, que nos colocou grandes desafios individuais e colectivos, exigindo dos enfermeiros uma grande responsabilização no cuidar, na formação e na gestão de serviços e instituições.

Deve referir-se que, no nosso País, uma verdadeira carreira profissional, com exigências de formação e progressão, só surgiu em 1967 com o Decreto-Lei n.º 48166, de 27 de Dezembro. Mas, só em 1981, com o Decreto-Lei 305/81 de 12 de Novembro, os profissionais de enfermagem passam a ter uma carreira única e aplicável às três áreas de

actuação, correspondentes, respectivamente, à prestação de cuidados, à administração e à docência.

A formação em enfermagem passa a ser também da responsabilidade dos enfermeiros em exercício, a partir de determinadas categorias. Reconhece-se a necessidade de formação permanente para o acompanhamento da evolução do saber próprio da profissão.

Essa foi uma das grandes preocupações dos profissionais de enfermagem, pois sempre tiveram consciência, de que, tal como refere Canário (1994: 26) *“a optimização do potencial formativo das situações de trabalho em termos de formação passa, pela criação de dispositivos e dinâmicas formativas que propiciem, no ambiente de trabalho, as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens a partir do processo formativo”*. Daí que, desde a década de sessenta, do século passado, se tenham assumido como os grandes promotores e impulsionadores da criação, organização e desenvolvimento dos Departamentos de Educação Permanente, nomeadamente nas instituições hospitalares, visando a valorização da formação contínua como factor de desenvolvimento profissional. Assim se deu início a uma nova fase de valorização da formação, investindo na formação em serviço, na formação em contextos de trabalho (Canário, 1994).

Com o Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro, os enfermeiros passam a ter uma nova carreira assente num referencial de intervenção em três áreas distintas de actuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica. Esta carreira já não inclui os enfermeiros docentes, que a partir de 1990, passaram a fazer parte dos quadros das Escolas Superiores de Enfermagem, como docentes da carreira do Ensino Superior Politécnico.

A evolução significativa registada pela enfermagem, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do exercício profissional, veio permitir o reconhecimento da importância do papel do enfermeiro face à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, como é reconhecido no Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Novembro (Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem).

O Regulamento do Exercício Profissional reconhece aos enfermeiros 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. É-lhes exigido que realizem cuidados de enfermagem, definidos como intervenções autónomas ou interdependentes, no âmbito das suas qualificações profissionais.

Como corolário do desenvolvimento da profissão, foi criada em 1998, através do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OEP). É o reconhecimento máximo por parte do poder político do desenvolvimento e autonomia da enfermagem e do papel relevante que os enfermeiros desempenham no sistema de saúde. Através da Ordem, o Estado confere aos enfermeiros os poderes, que antes detinha, de regulamentação e controlo do exercício profissional, aspectos éticos, deontológicos e disciplinares.

Os Enfermeiros Portugueses têm, actualmente, uma carreira profissional com níveis e categorias às quais correspondem funções diferenciadas, exigindo formação adequada. Pela análise destas funções, pode dizer-se que compete aos enfermeiros prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade, usando metodologia adequada que permita identificar necessidades, planear acções e estabelecer prioridades, agindo num clima de confiança e com a implicação do utente, registando os seus actos e avaliando os seus resultados, nomeadamente pela análise de factores influenciadores (OEP, 2004).

O enfermeiro com formação especializada deve prestar cuidados mais específicos e diferenciados, nomeadamente em situações de crise, de risco ou de urgência e reavaliar a situação da pessoa/família/comunidade assistida, considerando indicadores específicos na sua área de especialização, e contribuir ainda para a formação de alunos e profissionais (OEP, 2004). Não podemos, no entanto, deixar de referir que, devido a políticas formativas e estratégias profissionais de eficácia discutível, a profissão não dispõe do número suficiente de especialistas para assumirem integralmente as funções que lhes estão atribuídas, motivadas pela suspensão, há alguns anos, das admissões de enfermeiros em cursos de especialização. Daí deriva que diversas funções, nomeadamente as formativas, têm vindo a ser assumidas por enfermeiros não especializados, os quais, frequentemente, não têm experiência nem competência suficiente para o desempenho das mesmas.

Na qualidade de profissional de saúde, o enfermeiro está habilitado a realizar todas as acções que contribuem para a saúde e bem-estar da população dentro dos limites das

suas competências. Contudo, o ensino, o enquadramento e o acompanhamento de alunos e profissionais menos experientes são também papéis importantes e insubstituíveis do enfermeiro da prática clínica. Com efeito, trata-se, por um lado, de ensinar o saber experiencial que a enfermagem possui e, por outro lado, enquadrar os novos enfermeiros no contexto profissional, ajudando-os a dar às suas acções uma perspectiva de cuidar. Este aspecto compreende também o acompanhamento dos utentes, dos seus familiares (prestadores de cuidados) ou de qualquer outra pessoa que necessite de ajuda para poder levar a cabo a sua prática (Hesbeen, 2000). O mesmo autor refere que, em qualquer dos seus domínios de intervenção, o profissionalismo do indivíduo reside na subtileza da capacidade de ir ao encontro do outro (utente, colega menos experiente, aluno ou elementos da equipa multidisciplinar) e dar sentido a esse encontro para depois fazer o caminho com ele, não se concentrando apenas na tarefa, mas fazendo depender as suas actividades de um forte enraizamento na acção.

Não obstante a evolução histórica da enfermagem, a qual assumiu em Portugal, a partir do 25 de Abril de 1974, uma evolução pronunciada, certo é que este tem sido um percurso cuja diferença entre a estratégia que visa promover a enfermagem como profissão e a que visa a promoção dos cuidados de enfermagem, procura, essencialmente, valorizar o conteúdo profissional, dando um contributo específico e insubstituível para a saúde da população. É na valorização do conteúdo que há-de assentar, de uma forma consistente, o valor e reconhecimento daqueles que são os seus actores. É através do reconhecimento dos cuidados de enfermagem que chegamos ao reconhecimento da profissão. A enfermagem tem percorrido um caminho que se tem mostrado ambíguo e multiforme. Neste percurso procurou-se dar uma imagem da profissão, que, efectivamente, “...é condicionada e influenciada pelo contexto profissional e social” (Hesbeen, 2000: 75).

Abreu (2001), em estudos recentes sobre processo identitário, contempla a possibilidade de os actuais alunos e enfermeiros mais jovens, ao constituírem a sua forma identitária, poderem estar consciente ou inconscientemente a contribuir para a coesão da classe e para a manutenção da sua pertinência social, pois “...talvez se tenham apercebido que o desenvolvimento profissional, segundo uma perspectiva psicossocial, pode estar na origem de uma diminuição acentuada de competências de carácter técnico-científico...” (ibidem, 2001: 303).

Voltando a Hesbeen (2000), este refere que para a saída de uma certa crise de identidade que tem recaído sobre a enfermagem, convém romper com o imaginário e representações dos enfermeiros, para que estes se sintam verdadeiros profissionais de saúde, o que requer uma “...apropriação dessas «pequenas coisas» para que revelem sempre uma grande atenção ao outro, e, portanto, uma grande qualidade profissional” (ibidem, 2000: 75); sendo aqui que reside a grandeza da enfermagem: a grandeza das “pequenas coisas”. Neste contexto, concordamos com Abreu (2001: 303), quando afirma que, “os enfermeiros aprenderam a associar uma imagem positiva de si com a consciência de si como profissional, processo francamente mediado pela estrutura dos contextos de acção empírica”.

O aumento da procura dos serviços de saúde associado a níveis crescentes de gravidade de doença e à permanente evolução social e tecnológica determinou a necessidade de enfermeiros altamente experientes, em todos os seus domínios de intervenção. Tais constatações implicam que a complexidade e responsabilidade da prática de enfermagem actual determinem um desenvolvimento contínuo da carreira dos enfermeiros. Nesta conjuntura, Benner (2001) estudou a generalização do Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus à enfermagem, constatando que na aquisição e desenvolvimento de perícia, o enfermeiro passa através de cinco níveis de proficiência, de iniciado a perito. No seu estudo, a autora considera que este modelo incrementa a perícia de desempenho baseado na experiência e na educação, providenciando também uma base para o desenvolvimento do conhecimento clínico e para a progressão na carreira de enfermagem.

Os diferentes níveis reflectem mudanças em dois aspectos gerais do desempenho. O primeiro consiste em dominar princípios abstractos e mobilizá-los para a utilização de experiências concretas passadas, como paradigmas. O segundo é uma mudança na percepção e atendimento da exigência de uma situação, de modo a que esta seja encarada como um todo (Benner, 2001).

Nível 1: Principiante

Os principiantes não possuem experiências face a situações em que é esperado que desempenhem as suas tarefas. No sentido de lhes proporcionar acesso a essas situações,

eles são instruídos sobre as mesmas, em termos de atributos objectivos. Esses atributos são *nuances* da tarefa que podem ser reconhecidos sem experiência situacional.

O âmago das dificuldades que o principiante enfrenta é a inabilidade para usar o julgamento discricionário. Dado que não têm experiência com as situações que enfrentam, têm que utilizar regras sem contexto para guiarem o seu desempenho da tarefa.

Benner (2001: 50) refere ainda que “...o modelo Dreyfus de aquisição de competências é um modelo dependente da situação e não relativo à inteligência ou aos dons de uma pessoa”. Ao ser transferido de serviço, um enfermeiro muito experiente em determinada área, pode passar novamente pelo nível de principiante.

Nível 2: Principiante Avançado

O principiante avançado é uma pessoa que consegue demonstrar um desempenho marginalmente aceitável, tendo experienciado “...suficientes situações reais para notar (elas próprias ou sob indicação de um orientador) os factores significativos que se produzem em situações idênticas e que o modelo Dreyfus qualifica por “aspectos da situação”” (Benner, 2001: 50). Supervisores e enfermeiros recém formados despendem muito tempo no reconhecimento desses aspectos.

A maior implicação tanto para a formação inicial, como para a formação contínua, é que o principiante avançado necessita de apoio no ambiente clínico. Necessita de ajuda para estabelecer prioridades, pois actua de acordo com directrizes gerais e só começa a aperceber-se do significado recorrente de padrões significativos na sua prática clínica. A sua actuação junto dos doentes tem que ser acompanhada de perto por enfermeiros que já atingiram o nível da competência para se assegurarem de que as necessidades importantes do utente não ficam por atender (supervisor clínico), porque o principiante avançado é ainda incapaz de distinguir o que é mais importante (Benner, 2001).

Nível 3: Competente

A competência do enfermeiro que exerce há já dois ou três anos, desenvolve-se quando esse começa a ver as suas acções em função de objectivos de longo alcance ou de planos a longo prazo. O enfermeiro tem plena consciência desses planos, e o objectivo ou

plano dita quais os atributos e aspectos da situação e do futuro imediato que devem ser considerados mais importantes e quais podem ser ignorados. Para o enfermeiro competente, “...um plano estabelece uma perspectiva e baseia-se sobre uma análise consciente, abstracta e analítica do problema” (Benner, 2001: 53).

Ao enfermeiro competente falta-lhe a rapidez e flexibilidade do enfermeiro que já atingiu o nível de proficiência, mas o estadio da competência é caracterizado por um sentimento de mestria, um aprofundar dos conhecimentos e pela capacidade de lidar e gerir as muitas contingências da enfermagem. O nível da competência é apoiado e reforçado institucionalmente e, muitos enfermeiros, permanecem neste nível, além de este ser percebido como o ideal pelos seus supervisores, é um estado de desenvolvimento de competências que confere um maior à vontade aos enfermeiros. O mundo clínico apresentasse-lhes finalmente mais organizado, depois de grandes esforços, podendo tirar benefícios da tomada de decisão e simulações.

A maior parte da formação em serviço é dirigida ao nível competente do desempenho; poucas de acções de formação em serviço são dirigidas aos níveis de desempenho proficiente ou perito.

Nível 4: Proficiente

Com a prática continuada, o executante competente passa ao estadio da proficiência. Caracteristicamente, o executante proficiente percebe as situações de forma global, em vez de o fazer em função de aspectos, sendo o seu desempenho guiado por máximas. Segundo Benner (2001), a experiência ensina ao enfermeiro proficiente quais os acontecimentos típicos a esperar numa dada situação e como modificar os planos em resposta a esses acontecimentos.

Devido à capacidade, baseada na experiência, para reconhecer situações como um todo, o enfermeiro proficiente pode agora reconhecer quando a imagem normal não se lhe apresenta, isto é, quando o normal está ausente. O entendimento holístico do enfermeiro proficiente melhora a sua capacidade de decisão. A tomada de decisão é agora mais facilitada, uma vez que o enfermeiro tem uma perspectiva acerca de quais dos muitos atributos e aspectos presentes são importantes.

Os aspectos destacam-se aos olhos do enfermeiro proficiente como sendo mais ou menos importantes para a situação que tem em mãos. As máximas são utilizadas, para guiar o executante proficiente, mas antes que a máxima possa ser utilizada, é requerido um entendimento profundo da situação. “*As máximas reflectem o que para o executante competente ou principiante pareciam nuances ininteligíveis da situação...*” (Benner, 2001: 56).

Nível 5: Perito

Neste nível, o enfermeiro “*...já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado*” (Benner, 2001: 58). O enfermeiro perito com a sua enorme experiência prévia, abarca intuitivamente a situação e concentra-se no centro do problema, sem consideração supérflua por uma grande classe de possíveis e improfícuas situações problema.

A experiência, enquanto compreendida e utilizada na aquisição de perícia, merecemos um momento de reflexão. Tal como é descrita neste modelo, a experiência não pretende fazer mera referência à passagem do tempo; trata-se antes do refinamento de noções e teorias pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam à teoria *nuances* ou diferenças subtis. Segundo Benner (2001), a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa, apresentando mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria.

Citando Levi-Strauss (1962), Correia (1997) entende que o trabalho realizado pelo técnico especializado se apoia em mapas cognitivos e estruturados, segundo uma lógica cumulativa onde os novos saberes vão substituindo progressivamente aqueles cuja precariedade reconhece. O autor refere ainda que “*...são estes mapas que lhe permitem utilizar novos recursos e instrumentos cognitivos adaptados às finalidades atribuídas à sua acção. A sua formação ou autoformação também se estrutura segundo uma lógica cumulativa da substituição onde as certezas vão progressivamente ocupar o lugar das incertezas*” (ibidem, 1997: 38). Neste sentido, segundo o mesmo autor, os mapas cognitivos estruturam-se segundo uma lógica de recomposição, onde a integração de elementos novos não conduzem necessariamente à substituição dos antigos, mas podem

permitir enriquecer e diversificar o conjunto de combinações susceptíveis de se estabelecerem entre os elementos disponíveis.

Apesar de no decurso da vida profissional termos eventual oportunidade de experimentar os diferentes níveis de proficiência que nos propõe Benner (2001), devemos estar conscientes que a formação do indivíduo começa logo à nascença. É nessa fase da vida que se inicia a construção do conhecimento e desenvolvimento; tal “empreendimento” só terminará com a morte. Na vida, tudo é aprendizagem e tudo se inter-relaciona, ainda que a pessoa se considere um perito.

Ao longo de todo o percurso formativo pessoal/profissional do enfermeiro, existe uma componente supervisiva indissociável do processo. Esta componente acompanha toda a evolução do indivíduo no seu percurso de vida, assim como acompanhou todo o percurso evolutivo da enfermagem, pois ao contrário do que se possa pensar, o processo de supervisão das práticas dos enfermeiros não tem origem no tempo presente nem nasce de teorias da actualidade; ele acompanhou, desde sempre, os percursos de formação na área da saúde, tendo sido transversal a todas as etapas do desenvolvimento da profissão, ainda que de uma forma incipiente ou pouco estruturada. Embora com diferentes desenvolvimentos nas diferentes culturas, sempre houve na sociedade elementos ou estruturas responsáveis pelo cuidar, num sentido holístico.

A formação de enfermeiros ultrapassa largamente os modelos escolares, compreendendo um processo de socialização, em que os indivíduos são simultaneamente objectos, sujeitos e agentes, permitindo alargar as modalidades de formação a um campo vasto, onde o formal, o não formal e o informal se articulam. As unidades de cuidados podem configurar-se de modos muito diversos, possibilitando o aproveitamento das potencialidades formativas do meio (Nóvoa *et al*, 1992).

Segundo Correia (1997: 33), *“a possibilidade de se pensar explicitamente a formação como um espaço de intervenção dos colectivos de trabalho e de reconstrução das identidades pessoais e sociais, embora constitua um sistema de incitação à produção de novas linguagens de formação e de novas modalidades de pensar e de praticar a formação in situ, nem sempre foi acompanhada pela produção de discursos alternativos neste domínio”*.

D’Espiney (1997) refere que a formação de profissionais através de um processo reflexivo, com base na sua experiência, requer que se enfatize a ligação do profissional ao local de trabalho, o que significa que estes profissionais têm que ter vinculação ao local de trabalho e, por conseguinte, à própria profissão. É a sua actividade que constitui o ponto de partida e, como refere Canário (1994: 27), “...para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do exercício de trabalho objecto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão directamente implicados”.

Na óptica de Correia, as transformações no mundo do trabalho tornam possível conceptualizá-lo simultaneamente como “...razão técnica, razão organizacional e razão cognitiva, num sistema interactivo em que o artefacto tecnológico (...) já não é encarado apenas como indutor ou inibidor de um sistema de relações humanas, mas como interveniente activo, cujo sentido não é dado, mas constrói-se na interacção em que ele está envolvido” (Correia, 1997: 34). São as transformações a que temos assistido que nos permitem pensar a formação numa temporalidade, espacialidade e lógica que não se concretiza na intervenção dos formadores, mas, como uma rede de elementos heterogéneos que não se reduzem àqueles que são integráveis no seu contexto sócio-institucional (Correia, 1997).

D’Espiney (1997), ao considerar que a reflexão não é um fim em si, encontra fundamento no argumento de que esta “...é um meio que permite aos sujeitos através de um processo de descontextualização da acção e de recontextualização, uma (re)construção interna da situação, que adquire outros significados, permitindo visualizar novas formas de operar e desenvolver o reflexo de aprendizagem permanente nas e através das situações profissionais, no quadro de uma organização autoformativa” (Canário, 1994: 27).

Abreu, refere que “a formação contínua dos profissionais de enfermagem tem um significado especial para a profissão, uma vez que permite dar visibilidade social a processos que se incluem na sua estrutura identitária, mas que se encontram invisíveis (embora existam), sendo por tal motivo omitidos pela investigação, formação e prática profissional” (ibidem, 1997: 153).

Neste sentido, e, em conformidade com D’Espiney (1997), a formação dos enfermeiros constituiu desde o início uma preocupação ao nível das organizações de saúde

que rapidamente aderiram ao Movimento de Educação Permanente. Actualmente, através dos actuais Centros de Formação Multiprofissionais, a formação contínua procura satisfazer novas necessidades dos diferentes grupos profissionais, inerentes às múltiplas evoluções da sociedade e aos itinerários pessoais dos indivíduos que têm de as enfrentar; necessidades às quais estas estruturas devem estar sempre abertas e prontas a responder.

Aprendizagem, formação e desenvolvimento devem ser percebidos enquanto actos de auto-implicação, que ninguém poderá fazer na vez de ninguém (Alarcão, 1991), mas que, dificilmente alguém poderá fazer sozinho. Em conformidade com Sá-Chaves (1997), a par da auto-implicação do aprendente, há sempre, nas diferentes fases e áreas de vida, uma supervisão análoga ao efeito de *zoom*, ora mais próxima, ora mais distante, em função das necessidades de acompanhamento ou autonomização do mesmo. O mesmo acontece com os enfermeiros, quer num sentido mais lato, considerando toda a evolução da profissão, quer num sentido mais estrito, tomando como referência o indivíduo a quem é disponibilizada supervisão, ao longo de todo o processo de crescimento e desenvolvimento.

Em 1996, o Ano Europeu da Aprendizagem ao Longo da Vida, vem mais uma vez, realçar a importância da formação contínua para a satisfação, valorização e melhoria da qualidade dos cuidados. Por outro lado, não podemos deixar de associar a supervisão clínica (SC) com a formação contínua, perspectivando-a como um *continuum* de sustentação, orientação e aconselhamento dos profissionais, no processo de construção do seu conhecimento, na sua formação e desenvolvimento profissional.

Também o incremento dos Programa de Acreditação em Qualidade Organizacional veio reforçar a relevância da formação contínua e das experiências dos profissionais de saúde através do desenvolvimento de projectos nesta área, bem como a implementação da supervisão clínica em enfermagem (SCE).

No entanto, Correia (1997) alerta-nos para o facto de que “...o êxito dos projectos de acção depende da utilização plurifuncional dos saberes experienciais, razão pela qual a sua preocupação é a de contribuir para o seu reconhecimento, a de promover a sua transferabilidade para novos contextos cognitivos e a de fazer da acção e da prática uma oportunidade para o enriquecimento do património experiencial e não um mero pretexto para a aplicação dos saberes ministrados; a sua luta é a luta pela visibilidade do invisível,

é a da gestão das incertezas contra a acumulação de certezas” (ibidem, 1997: 38). Neste âmbito, o sentido da formação não é transmitir sentidos passíveis de contribuir para a normalização, mas implementar mediações que ajudem a dar sentido às experiências.

A supervisão clínica constitui uma ferramenta essencial no desenvolvimento contínuo do enfermeiro quer este seja aluno, profissional recém-formado ou sénior. Segundo May (2003), proporciona oportunidade de acompanhamento dos alunos e criação de espaços de reflexão, bem como regular e discutir assuntos da prática clínica e abordagens alternativas à prática de cuidados. De acordo com a mesma autora, não basta falar na importância da supervisão clínica, é, igualmente, fundamental proporcionar o tempo necessário à prática da mesma. Butterworth, Bishop e Carson (1996) consideram que a SCE é um processo que contribui para apoiar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, o desenvolvimento da própria organização e, em primeira instância, melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos aos utentes. O apoio que a supervisão clínica proporciona aos enfermeiros ajuda-os a adquirir competências a nível da reflexão para, na, e sobre a acção, ajudando-os na tomada de decisão, face a dilemas da prática, assegurando assim um melhor desenvolvimento; ou seja, profissionais mais bem apoiados conseguem reflectir melhor as suas práticas, o que tem reflexo na melhoria da qualidade das mesmas e no desenvolvimento profissional.

Um estudo realizado na Austrália demonstrou que o processo de supervisão clínica contribuiu para que os enfermeiros melhorassem as representações que têm das suas práticas (Winstanley e White, 2003), tendo sido também discutida a noção “*a happy nurse a happy patient*” como condição necessária para cuidar de um utente (White *et al*, 1998). Neste âmbito, Moores (1994) vai ainda mais longe ao dizer que não tem qualquer dúvida sobre o valor da SCE, considerando-a fundamental na salvaguarda de padrões de qualidade, no desenvolvimento de perícias profissionais e entrega ao cuidar.

A importância da supervisão clínica para o desenvolvimento profissional é referida por Abreu (2002). Ao desenvolver os seus trabalhos de pesquisa nesta área o autor constata que os enfermeiros embora não possuam a informação suficiente sobre SCE, estes ajuízam sobre a sua relevância a partir do conhecimento que possuem sobre natureza das práticas. O mesmo autor refere, ainda, que estudos levados a cabo por Nicklin (1997) demonstram que enfermeiros que beneficiaram de supervisão têm uma representação positiva sobre a

pertinência da mesma. Outros estudos desenvolvidos por Webb *et al* (1997), Dunn e Bishop (1998), Fowler (1995) e Sexton-Bradshaw (1999) demonstram, igualmente, representações positivas sobre a SCE, na óptica dos supervisores.

Neste contexto, as mais recentes políticas de saúde de alguns países da Europa, Austrália, Nova Zelândia, entre outros, destacam a importância da SCE, daí que se tenham vindo a desenvolver esforços para incrementar a prática da mesma nos serviços de saúde, com vista à protecção de padrões de qualidade de cuidados e monitorização dos padrões de desempenho (Winstanley e White, 2003).

Não obstante os evidentes benefícios da SCE no actual contexto social e económico, estes não constituem um argumento suficientemente válido para o investimento dos capitais necessários ao desenvolvimento desta área. Exige-se uma evidência inequívoca da relação causal entre SCE e a melhoria de qualidade de cuidados. Para fazer face a tal necessidade, foram já criados e validados instrumentos para medir a eficácia da SC, entre os quais o *Manchester Clinical Supervision Scale* (Winstanley, 2000).

A SCE é um conceito com grande potencial de exploração. Os profissionais com complexas e stressantes vidas pessoais e profissionais estão constantemente a responder a novos desafios e isto só pode ser sustentado se eles forem apoiados correctamente (King`s Fund, 2000). É essencial promover a qualidade das práticas e a supervisão clínica é uma ferramenta essencial neste processo, que exige compromisso, organização e recursos para assegurar o seu sucesso.

Segundo um estudo sobre SCE realizado na Islândia, por Thorarinsdottir e Skúladóttir (2003) (não publicado), no âmbito do LDVCVTP (2000-2006), o supervisor deve apresentar as características inerentes ao enfermeiro perito descrito por Benner (2001). Também a investigação realizada em Portugal, no âmbito do referido Programa, (grupo de trabalho que integramos, coordenado por Margarida Reis Santos, Docente da Escola Superior de Enfermagem de São João), evidencia a importância do supervisor apresentar as características do enfermeiro perito. O supervisor deve ser capaz de abordar os problemas que a prática lhe coloca, adequar as estratégias de supervisão que melhor se adequam à personalidade e conhecimentos do supervisando e tentar estabelecer com ele uma relação propícia à aprendizagem (Schön, 1987).

1.2. FORMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS

Assistiu-se, ao longo do século XX, a profundas alterações nos processos de formação. O paradigma de educação profissionalizante, baseado no racionalismo técnico, foi cedendo espaço a uma epistemologia da prática, que tem como ponto de referência a competência subjacente à boa prática profissional: a racionalidade crítica. Consideramos, no entanto, tal como Sá-Chaves (2000), que estes paradigmas não são antagónicos ou dicotómicos, diferindo na sua racionalidade; apresentam aspectos comuns e completam-se.

Em função dos desenvolvimentos ocorridos, no decurso dos últimos anos, defende-se que o ensino deixe de estar centrado no professor, enquanto pessoa que sabe e transmite os seus conhecimentos a quem não sabe (o aluno), passando o aluno a ser o foco de atenção do processo ensino-aprendizagem. No entanto, este não consegue identificar sozinho as áreas de “*não saber*”, pelo que, quer a aprendizagem seja assistida, autónoma, ou coexistente, a aprendizagem dirigida não pode ser “*abandonada*” pelo professor (Sá-Chaves, 2000).

A formação em enfermagem está intimamente relacionada com o desenvolvimento da profissão, daí que as mudanças nesta área sejam reflexo da evolução da sociedade em geral. O ensino de enfermagem e as práticas profissionais têm estado sujeitos a permanentes transformações ao nível dos saberes, confrontando-nos com a necessidade de pensar e repensar o processo de formação inicial e as práticas, bem como, as competências essenciais ao desempenho da profissão, num ambiente, também ele em permanente transformação.

Constituindo-se o desenvolvimento profissional como uma das faces visíveis da problemática, as “...*mudanças e exigências a nível dos contextos de saúde, nomeadamente nos padrões de saúde doença, formas alternativas de organizar o trabalho e introdução de novas tecnologias...*” (Abreu, 2001: 304), conduziram ao repensar das práticas e do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. A outra face visível são os modelos de formação, onde imperou o claro domínio do modelo biomédico, a dicotomização teoria/prática que, ao longo de vários anos, dominaram a formação dos enfermeiros. Sob o nosso ponto de vista, estes factos legitimam a necessidade de se reinventarem novos modelos de formação.

Ao considerar a escola de enfermagem enquanto poderoso meio de socialização dos enfermeiros, os modelos de formação devem contemplar o informal como elemento central, no processo e formação identitária, designadamente a nível da formação clínica (Abreu, 2001). Entre outros factores, a “...*inclusão na formação inicial de conteúdos como o processo de enfermagem (desde 1975) e modelos teóricos de enfermagem (desde 1987), (...) a mudança tendencial para passar do ensino das técnicas/procedimentos para estratégias que facilitem o desenvolvimento de capacidades relacionais e de julgamento crítico está de acordo com a expectativa em relação à formação de nível superior*” (Basto, 1998: 16).

Os anos oitenta do século passado trouxeram transformações importantes, no que respeita à evolução da escola e do ensino de enfermagem, pois concretizou-se a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico. Pretendeu-se, então, proporcionar aos alunos de enfermagem uma formação sólida em termos técnicos e culturais e facilitar o desenvolvimento de capacidades de inovação e análise crítica. A duplicação da formação levou à necessidade de repensar a formação em ensino clínico.

Segundo Carvalhal (2003), o Decreto-lei 166/92 de 5 de Agosto põe definitivamente em causa a continuação das antigas metodologias de orientação de alunos em ensino clínico, ao definir o regime aplicável ao pessoal docente das Escolas Superiores de Enfermagem, nomeadamente, no que respeita ao tempo de contacto directo com os alunos. “*Sendo a formação dos enfermeiros baseada no princípio de alternância, tendo como pressuposto métodos pedagógicos centrados no estudante (...) o sucesso da formação deverá basear-se numa estreita articulação entre o mundo do trabalho e a escola, numa partilha sistemática de experiências onde o processo formativo seja o seu principal objectivo*” (Ramos, 2003: 6).

Considerando a formação inicial como o primeiro momento da formação contínua, Canário (1994) propõe que ao nível da formação inicial a prioridade deve assentar sobre a aquisição de um conjunto de estratégias de aprendizagem de modo a que esta se constitua efectivamente como o primeiro momento de uma formação que se continua ao longo de toda a vida. Por sua vez, Ramos (2003: 5) considera que “*a formação inicial promove uma aprendizagem de papéis sociais em que o estudante de enfermagem realiza interacção com*

o grupo que toma como seu, a quem quer pertencer, ou seja, o seu grupo de referência e com o qual se vai confrontando". Citando Dubar (1991), a autora entende ainda que a interiorização antecipada de uma carreira profissional se manifesta pela *"...incorporação de um papel profissional, ou seja, pelo assumir duma perspectiva profissional, resultado de contactos regulares e próximos com profissionais e pela adesão aos valores da prática profissional"* (ibidem, 1991: 5).

Num contexto sócio-cultural onde a formação ganha pertinência acrescida, dado que *"...é no seu meio que se desenham os principais quadros de inteligibilidade que estão na base do processo de construção social da profissão"* (Abreu, 2001: 304), o desafio passa a ser preparar estudantes para uma elevada capacidade de adaptação às diferentes situações profissionais que surgirão no percurso de vida de cada enfermeiro (Asseiro, 2001). Neste âmbito, a participação de um novo actor no processo pedagógico – o enfermeiro da prática clínica – tem vindo a assumir um papel preponderante no decurso do ensino clínico dos estudantes de enfermagem, facilitando a sua integração nos serviços e supervisionando a sua aprendizagem.

Face aos desenvolvimentos e em função de legislação aprovada, as Escolas de Enfermagem têm vindo a implementar protocolos/parcerias com as organizações onde se desenvolve o ensino clínico dos seus alunos. Sendo a parceria um processo dinâmico em que as duas partes envolvidas têm objectivos e competências próprias, complementando-se para contribuírem para um objectivo comum (Rouchy, 1997), à luz da nossa experiência, consideramos que nem sempre é fácil as partes atingirem totalmente os seus objectivos neste processo. As dificuldades de cooperação inter-organizacional e a própria colaboração dos enfermeiros oriundos dos diferentes contextos de trabalho na supervisão de alunos em ensino clínico, estão longe de ser uma questão pacífica.

A discussão que envolve a temática é transversal a muitos países, principalmente na Europa, *"...incidindo principalmente nos tipos de orientação, nas qualidades dos orientadores e na dicotomia entre o que se ensina e o que se pratica, ..."* (Pinto, 2000: 91). Neste âmbito, Fernandes (1995) considera a necessidade de dar visibilidade a uma enfermagem científica, referindo que um dos maiores obstáculos na formação inicial dos enfermeiros é a clivagem conceptual e ideológica existente entre os fundamentos da formação escolar e as orientações da prática clínica. Por sua vez, Abreu (2001) entende que

“não basta aos alunos e aos enfermeiros dominarem um conjunto de saberes teóricos para se considerarem aptos para o desenvolvimento, com qualidade, das práticas profissionais...” Para este autor, é *“imprescindível, para a mobilização dos diversos saberes da prática, o domínio de saberes processuais que permitam concretizar a síntese entre os saberes formais e informais, legitimar os últimos nos contextos de trabalho e integrá-los na constelação de saberes em uso”* (ibidem, 2001: 304). A opinião dos autores citados é consistente com os resultados obtidos por um estudo realizado por Landmark *et al* (2003), cujas conclusões demonstraram que os estudantes verbalizam a existência de *“um fosso entre a teoria e a prática”*.

É realmente irreversível o facto de que a cooperação mútua é imprescindível e que se deve concretizar sob a forma de um modelo em que ambas as partes possam beneficiar e contribuir para o desenvolvimento do aluno, do profissional e da profissão (Pinto, 2000). Este desenvolvimento *“...só é possível se as escolas e as instituições de saúde utilizarem um modelo de formação clínica dos alunos que aponte para uma integração destes nas equipas de trabalho (dinâmica na qual o docente surge como interlocutor e dinamizador das aprendizagens), para uma reorganização dos contextos assistenciais e para a legitimação dos saberes informais na formação”* (Abreu, 2001: 304).

Sob o ponto de vista da aprendizagem, Canário (2001) refere alguns estudos que permitiram concluir da importância das aprendizagens realizadas entre os pares, em contexto de trabalho. A importância de um modelo de formação centrado no sujeito leva-o a integrar vivências existenciais, apropriando-se de influências externas que são exercidas sobre si e que serão reflexo do seu percurso experiencial (Ramos, 2003). Neste sentido, pretende-se que o profissional tenha oportunidade de se formar e desenvolver num contexto onde o núcleo estruturador da formação seja constituído pelas experiências e não pelas carências, reconhecendo-se que o trabalho como as experiências se deve apoiar numa multiplicidade de instâncias de mediação, dado que os saberes experienciais são, regra geral, opacos àqueles que os produziram e que são os seus detentores (Correia, 1997).

Entendemos, tal como Queirós, Silva e Santos (2000: 21) que *“...a educação centrada no aluno e no desenvolvimento da reflexão, na e sobre a acção, devem ser a pedra de toque que permitirá a mudança do currículo tradicional para um outro perspectivado para as novas realidades socioculturais do século XXI”*. Esta mudança

requer que se considere a aprendizagem reflexiva como componente central, numa perspectiva de construção de saber baseado no lema de aprender a aprender. As estratégias de ensino criativo conduzirão os alunos a uma motivação mais intrínseca e congruente com uma conceptualização moderna de enfermagem a qual exige uma atitude crítica e reflexiva sobre a ecologia das situações, que conduzirá à tomada de decisão informada e centrada na pessoa. Neste âmbito, a qualidade da supervisão disponibilizada aos alunos é um elemento fulcral no processo de construção do seu conhecimento pessoal e profissional, no desenvolvimento das capacidades crítico-reflexivas e na consolidação da identidade profissional.

Pires (1995) identifica em diferentes contextos de desenvolvimento pessoal e profissional a formação de novas competências dos enfermeiros, situações de incerteza, instabilidade, imprevisibilidade e mesmo de mudança na natureza do trabalho. Neste sentido, aponta como fundamentais as atitudes e as estratégias que permitam o desenvolvimento de competências genéricas, de autonomia, adaptabilidade, aprender a aprender, flexibilidade, inovação, cidadania, criatividade e competências transferíveis (comuns a outros sectores profissionais). Nas suas relações defende que a formação deve facilitar a convergência do desenvolvimento pessoal e profissional, como ponto de partida para o desenvolvimento destas novas competências profissionais que os contextos de saúde exigem.

Perante isto, podemos dizer que, actualmente, o ensino em enfermagem se traduz num grande desafio para todos os intervenientes. Este deve perspectivar-se no sentido de facilitar o desenvolvimento da construção da identidade profissional e proporcionar aos formandos a oportunidade para desenvolverem as capacidades requeridas para uma prática competente; competência que não se reveste apenas da apropriação de um conjunto de conhecimentos científicos, mas também da capacidade da transferência destes para a prática clínica.

Assim, *“quem forma e ensina profissionais para a saúde deve reflectir (des)construtivamente a complexidade dos saberes científicos, em função dos aprendentes e das situações que, nos contextos reais da praxis profissional se lhe apresentam e deve fazê-lo de forma não standard...”* (Sá-Chaves, 2000: 103). Os profissionais devem ser formados para o incerto, para o instável, para o dinâmico, para o imprevisível

desconhecido e para a necessidade de, a cada momento, serem capazes de responder às questões com que se irão defrontar.

Inspirando-se em Dewey e na observação reflexiva sobre o modo como os profissionais agem, Schön (1983, 1987) veio em defesa de uma abordagem reflexiva da formação dos profissionais. Esta abordagem fundamenta-se no valor da reflexão na e sobre a acção, tendo em vista a construção situada do conhecimento profissional, ao qual se referiu como a epistemologia da prática. Segundo Alarcão e Tavares (2003: 35), “*a abordagem reflexiva, de natureza construtivista, assenta na consciência da imprevisibilidade dos contextos de acção profissional e na compreensão da actividade profissional como actuação inteligente e flexível, situada e reactiva*”. Segundo os mesmos autores, face à imprevisibilidade característica de grande parte do quotidiano profissional, a formação transmitida com base na racionalidade técnica, exclusivamente objectiva e formalista, é inoperante (ibidem, 2003).

No contexto da produção do discurso e à luz da abordagem Schöniana, consideramos que a formação reflexiva deve contemplar situações onde o formando possa praticar sob a supervisão de um profissional competente que, simultaneamente treinador, companheiro, e conselheiro (*coach*) lhe faz a integração e ajuda a compreender a realidade que, pelo seu carácter desconhecido se lhe apresenta, inicialmente, sob a forma de caos (*mess*). Schön considera que a componente profissional prática (*practicum*) permite uma reflexão dialogante sobre o observado e o vivido, conduzindo para a construção activa do conhecimento na acção, segundo uma metodologia de aprender a fazer fazendo (*learning by doing*) (Schön, 1983).

Por sua vez, nas suas reflexões sobre supervisão, Alarcão e Tavares (2003) consideram que esta está intimamente ligada aos conceitos de aprendizagem e desenvolvimento. A aprendizagem deve atender ao desenvolvimento do aluno, que ao realizar-se, permite que este atinja um nível de desenvolvimento mais complexo. Neste registo, os referidos autores entendem que a interligação de caminhos que vão “*do saber ao saber fazer e do fazer ao saber*”, por serem aqueles que lhes parecem estarem mais de acordo com o desenvolvimento cognitivo dos adultos, garantem uma prática consciente e reflectida que, igualmente, asseguram a importância do ser e a grande via da aprendizagem que é a vida, a prática, a reflexão e a experiência (Alarcão e Tavares, 2003: 43).

Face ao actual estado da arte, em que a disciplina de enfermagem se reveste de profundas mudanças no sentido de se afirmar e de construir o seu corpo de conhecimentos, não podemos esquecer que é fundamental que, quer em contexto escolar, quer em contexto clínico, a formação de estudantes e profissionais reflexivos implica supervisão clínica sistemática. Esta supervisão deverá ser percebida à luz daquilo que os autores acima referidos consideram como um processo em que um docente, ou profissional experiente sustenta, orienta, ajuda a reflectir e aconselha um estudante ou profissional, na construção do seu conhecimento, tendo em linha de conta a ecologia das situações (Sá Chaves, 2000; Alarcão e Tavares, 2003).

É sob estes contornos que o termo “supervisão clínica” tem vindo a ganhar consistência no discurso dos Enfermeiros, à medida que alguns investigadores têm desenvolvido trabalhos nesta área.

O documento “*Vision for the Future*”, do *United Kingdom Central Council for Nursing* (1993) descreve a supervisão clínica como:

“A formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in complex clinical situations. It is central to the process of learning and to the scope of the expansion of practice and should be seen as a means of encouraging self-assessment and analytical and reflective skills”.

Com o objectivo de permitir ao supervisando alcançar, sustentar e desenvolver criativamente uma prática de qualidade, devem-lhe ser facultados meios de apoio e desenvolvimento acompanhado, onde a função do supervisor clínico consiste em sustentar a formação e a actividade profissional dos supervisandos, tendo sempre em conta a prestação de cuidados de qualidade ao utente e ainda, a promoção da mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos mesmos (Cottrell, 2000a). O supervisando deve reflectir sobre o papel que desempenha como indivíduo na complexidade dos eventos e sobre a qualidade das suas práticas. Esta reflexão é facilitada pelo supervisor, uma pessoa mais experiente que tem perícia para o acompanhamento e, através de sessões frequentes e contínuas, o orienta de acordo com o contexto.

Neste âmbito, o papel do supervisor torna-se num desafio, pois cabe-lhe criar contextos de aprendizagem que aumentem a habilidade do supervisando na criação de quadros de referência pertinentes, a partir dos quais seja possível definir estratégias efectivas de trabalho com os utentes. Embora segundo Holloway (1995) o supervisando utilize principalmente técnicas baseadas em princípios de pesquisa, recorrerá por vezes a alguns aspectos da “*artistry*” na sua prática. Ao encorajar este tipo de conhecimento “*artistry as an exercise of intelligence*” (Schön, 1983), o papel dos supervisores torna-se mais crítico. Neste sentido, o autor considera que:

“Learning all forms of professional artistry depends, at least in part, on...freedom to learn by doing in a setting relatively low in risk, with access to coaches who initiate students into the “traditions of the calling” and help them, by “theie right kind of telling” to see on their own way what they need most to see” (Schön, 1983: 17).

Durante a supervisão, o supervisando deve ser preparado e ajudado a tratar cada caso individualmente, entender e conceptualizar a situação, e então, adaptar selectivamente os métodos conhecidos. Este deve ser capaz de os adaptar estrategicamente às necessidades reveladas pelo utente, através de intervenções sequenciais. Mais importante do que aprender como o supervisor identifica e descreve os processos neste contexto dinâmico, é a forma como o supervisando também é ajudado na articulação do seu próprio processo Holloway (1995).

Não obstante o nosso olhar sobre o futuro, não podemos deixar de reiterar que em Portugal estamos a iniciar uma caminhada na discussão da problemática da supervisão clínica. No entanto, e como já referimos anteriormente, esta é uma discussão transversal a muitos outros países, sinal dos tempos globais de que são exemplo a formação transnacional que se verifica, fundamentalmente, a nível do ensino superior, com os programas de intercâmbio, quer dentro, quer fora da Europa.

Estas evoluções são parte do móbil de alguns projectos europeus de investigação nesta área, os quais tiveram na origem a identificação de necessidade de aquisição de competências, na área da SCE, definidas principalmente, pelos enfermeiros da prática clínica. Diversos estudos nesta área permitiram identificar um conjunto de necessidades comuns: i) Falta de competências e habilidades dos tutores, necessárias ao apoio de

estudantes no desenvolvimento de habilidades práticas de enfermagem; ii) Inexistência de um programa específico em supervisão clínica baseado nas necessidades de competências definidas pelos enfermeiros profissionais; iii) Necessidade das Escolas de Enfermagem desenvolverem um modelo de ensino que melhore a qualidade e o acesso a um estágio vocacional contínuo e a aquisição de habilidades e competências ao longo da vida; iv) Necessidade do sector da saúde assegurar um processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; v) Necessidade de recrutar e manter profissionais competentes, que possam contribuir para a inovação e desenvolvimento dos cuidados, em contextos cada vez mais complexos.

No nosso país a discussão centra-se, fundamentalmente, na problemática da supervisão de profissionais e de alunos em ensino clínico, onde a formação específica de tutores assume um papel extremamente relevante, uma vez que à supervisão clínica falta geralmente uma abordagem centrada no formando. Docentes, tutores e estudantes necessitam de apoio na criação de condições apropriadas para aprenderem na perspectiva ecológica da situação. Tutores competentes estão mais capacitados para estimular os estudantes a integrar a teoria com a prática. Por sua vez, os estudantes que adquirem a capacidade de valorizar a aprendizagem ao longo da vida estão mais capacitados para o desenvolvimento de competências que podem ser usadas em diferentes contextos. Estudantes competentes, futuros enfermeiros, estão capacitados para serem mais autónomos, para tomarem a iniciativa no trabalho com os outros, para assumirem riscos informados e calculados, para ajuizar e para serem assertivos e responsáveis.

Segundo Queirós, Silva e Santos (2000), a aprendizagem eficaz passa inequivocamente pela aprendizagem experiencial que facilite o conhecimento pela acção. A reflexão e a prática reflexiva preconizada por Schön (1983) são, sem dúvida, o caminho a seguir, quer no ensino de enfermagem, quer na prática de cuidados, pois oferece a possibilidade de construir um corpo de conhecimentos específicos da disciplina e permite uma maior relação entre a teoria e a prática.

1.3. A RELAÇÃO SUPERVISIVA E A QUALIDADE DAS PRÁTICAS

“É fascinante a aventura de descobrir as outras pessoas, mas não menos fascinante é a aventura de descobrir-se a si mesmo e tomar consciência das próprias capacidades e limitações”.

Estanqueiro (2001: 15)

As competências interpessoais de qualquer indivíduo revestem-se de fundamental importância ao longo da vida. Como o homem não é um ser isolado, está constantemente a pôr à prova as suas capacidades de relação com os outros e consigo mesmo. Quer seja em contactos informais ou não, há uma interacção constante com a família, os amigos, os colegas, enfim, com um grande grupo de pessoas que o influenciam e que, por sua vez, são influenciadas. O modo como estabelece estas relações retrata a sua maneira de pensar, estar, sentir e ser. Dia-a-dia vai mostrando facetas da sua personalidade, que permitem aos outros ajuizar sobre a sua pessoa, o que esperar de si e, agir em conformidade.

Assim, as características que apresenta vão ser também, em certa medida, responsáveis pelos comportamentos dos outros, podendo, desta forma influenciar os ambientes onde convive e trabalha, assumindo responsabilidade na criação de um bom clima de trabalho ou de convivência.

No âmbito da formação profissional, Tavares (1993), considera uma dimensão pessoal e interpessoal da relação, que se desenvolve em três percursos conceptuais: a pessoalidade, a interpessoalidade e a formação. O princípio da pessoalidade é antítese da individualidade, pois caracteriza-se pela indivisibilidade e unicidade. A pessoalidade é estimulante, criativa, transparente, é verdade e autenticidade, é humanidade em dialéctica. Ser pessoa é o objectivo do humano, como ser inacabado, em crescimento permanente até ao fim da vida.

Também, à luz desta perspectiva, desde a formação inicial que os *currícula* do Curso de Enfermagem são elaborados tendo por objectivo a formação de profissionais reflexivos, contemplando conteúdos que proporcionam ao aluno quer o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, quer o desenvolvimento de capacidades de

comunicação e relação pessoal e interpessoal. Desde o início do seu percurso de formação que o enfermeiro é levado a reflectir sobre a importância da relação pessoal e interpessoal, ou seja, a relação consigo mesmo, a sua auto-estima, auto-confiança e auto-conhecimento enquanto condições fundamentais para estabelecer boas relações com os outros.

A formação proporciona uma espiral de mudança, em que a experiência e a reflexão para, na e após a acção tem um valor fundamental no contexto da relação que se estabelece por afectividade (Alarcão e Tavares, 1987). As capacidades intelectuais e as aptidões desenvolvem-se e actualizam-se, em grande parte, através de processos relacionais, contrariando, assim, a concepção da inteligência e das aptidões como realidades inatas.

Segundo Postic (1990), já na década de cinquenta Highet (1951) defendia um ponto de vista semelhante, referindo que a supervisão implica emoções, bem como, valores humanos que se encontram para além da ciência. De facto, a profissão é o contrário da reacção química; é muito mais do que uma actividade científica onde as intervenções entre as pessoas estão continuamente a interpretar as indicações dos outros e a construir o seu comportamento de acordo com elas. Essas constituem um processo em desenvolvimento e a fim de se maximizar a arte de se ser profissional, deve-se tentar estabelecer “*relações emocionais*” (Postic, 1990).

Investigações recentes no domínio das neurociências vieram dar um novo impulso a esta dimensão do comportamento humano, dando origem a rasgados elogios, por inaugurarem um domínio até agora um pouco esquecido. Não obstante, esta questão das emoções remonta mesmo a Aristóteles e teve, desde esse tempo, os seus respeitáveis estudiosos. Aristóteles advogava a moderação nas emoções e Cícero dissertou sobre os aspectos benéficos delas como garantia de uma vida equilibrada, segundo o ideal aristotélico. Mas é quase ilimitado o número de pensadores ocidentais que ao longo dos séculos reflectiram sobre o papel das emoções na existência humana: Espinosa, Pascal (autor da célebre frase “*o coração tem razões que a razão não entende*”), Descartes (que escreveu sobre as “*Paixões da Alma*”), David Hume (que via a razão como escrava das paixões), Thomas Hobbes (concebia as paixões como formas de apetite e de aversão), Jonh Locke (que desenvolveu uma psicologia “*sensacionista*”) (Goleman, 2000).

No mundo da chamada “filosofia continental”, os existencialistas e fenomenólogos dedicaram considerável parte das suas reflexões ao estudo das emoções. Em “*O Crepúsculo dos Deuses*”, Nietzsche refere que a função da razão é permitir a expressão de certas paixões a expensas de outras; e a moralidade é um conjunto de princípios que restringe as paixões; uma moralidade bem sucedida é a que restringe apenas as “paixões estupidificantes”, que podem ser fatais, na medida em que arrastam a vítima com o peso da sua “*estupidez*” (Goleman, 2000). Kierkegaard, Husserl, Sartre, Heidegger, são apenas alguns nomes entre os mais conhecidos que se dedicaram à reflexão sobre a temática (ibidem, 2000).

Através dos seus estudos Damásio concluiu que “*a razão pode não ser tão pura quanto a maioria de nós pensa que é ou desejaria que fosse, e que as emoções e os sentimentos podem não ser de todo uns intrusos no bastião da razão, podendo encontrar-se, pelo contrário, enredados nas suas teias, para o melhor e para o pior*” (Damásio, 1999: 14). O mesmo autor afirma ainda que, mesmo depois de as estratégias do raciocínio se estabelecerem durante os anos de maturação, a actualização efectiva das suas potencialidades provavelmente dependerá, em larga medida, de um exercício continuado da capacidade para sentir emoções.

Ainda segundo Damásio (1999), certos aspectos do processo das emoções e dos sentimentos são indispensáveis para a racionalidade. No que estes têm de melhor, os sentimentos conduzem-nos ao local apropriado do espaço de tomada de decisão donde podemos tirar partido dos instrumentos da lógica, o que é fundamental à boa prática. Assim, os estudos têm evidenciado que a ausência de emoções que nos tornam tão distintamente humanos e decidir em conformidade, é tão incapacitante e susceptível de comprometer a racionalidade como o distúrbio que a sua presença pode causar no raciocínio, em determinadas circunstâncias. Os indivíduos podem ter intactos os instrumentos necessários para manter o comportamento racional, no entanto, na impossibilidade de sentir emoções, a sua capacidade para tomada de decisão torna-se deficiente.

Estes estudos vieram atestar a nossa ideia de que as emoções são fundamentais ao processo de desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional e que, naquilo que os

sentimentos têm de melhor, nos conduzem à tomada de decisão informada, central à prática de um profissional reflexivo.

Dos profissionais de saúde, muito especialmente dos enfermeiros, espera-se que possuam elevada competência na arte de lidar com as “Pessoas”, fundamentalmente com pessoas em situação crítica, em situações de grande fragilidade física e emocional. Neste sentido, a sua formação deve consistir num processo de ensino-aprendizagem em que a investigação e a reflexão das práticas assumem uma importância fundamental. Só pela análise reflexiva do exercício profissional se verifica desenvolvimento pela descoberta de novos caminhos a percorrer e pela genuinidade da expressão pessoal e profissional. Conscientes desta realidade e dos valores implícitos no seu papel, os enfermeiros, estão em constante aperfeiçoamento e é também nessa qualidade que se devem assumir, vivendo a sua profissão como uma troca de saberes, em permanente interação.

Não obstante a envolvente da relação enfermeiro/utente constituir o *leitmotiv* de toda a teia relacional que o enfermeiro vai tecendo no contexto profissional, sem descurar ainda o facto de que no seio desta relação também se identifica a relação supervisiva enfermeiro/utente, é na relação supervisiva entre enfermeiro e os seus pares (estudantes ou profissionais) que vamos centrar o discurso.

Um aprender a aprender que nos permita vir a ser profissionais capazes de lidar com exigências profissionais de tal nível de complexidade, jamais poderia terminar com o fim da formação inicial. De facto, devemos entender a formação inicial “...*como o início da formação contínua que acompanhará o profissional durante toda a sua carreira*” (Perrenoud, 1993: 149); este terá que desenvolver competências e estratégias que lhe permitam responder, constantemente, aos desafios que lhe são colocados. D’Éspiney (1997: 173) refere que, “*a produção de saber requer dos profissionais uma atitude de permanente interrogação das suas práticas, de confronto de ideias, de debate. Reflectir a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão que deve ser preparado desde o início*”.

Num contexto de aprendizagem reflexiva e vitalícia enquanto componente integrante da prática profissional, a supervisão reflexiva assume um papel fulcral, num registo que Sá-Chaves e Amaral (2001) intitulam de “*passagem do eu solitário ao eu solidário*”, exige que o supervisor desenvolva as competências necessárias à qualidade do

seu desempenho. Assim, retomando Sá-Chaves (2000: 46) e suas reflexões de sobre os pensamentos de Lee Shulman e Freema Elbaz, consideramos que, no percurso de construção do conhecimento pessoal/profissional do enfermeiro, enquanto supervisor clínico, devemos salientar algumas das dimensões do nível prático que se nos afiguram de extrema importância para a aquisição de competências relacionais, na relação supervisiva:

- **O conhecimento dos objectivos, fins e valores supervisivos**, seus fundamentos filosóficos e históricos;
- **O conhecimento dos contextos**, que remetemos para as dimensões que vão da especificidade da organização à natureza particular das comunidades e culturas;
- **O conhecimento do supervisando e das suas características**, o qual diz respeito à consideração da individualidade de cada supervisando, nas suas múltiplas dimensões e do carácter dinâmico da mesma;
- **O conhecimento de si próprio** que permite a cada profissional identificar, conhecer e controlar, conscientemente, as múltiplas dimensões inerentes ao acto pedagógico, nele se incluindo como uma das variáveis mais decisivas e determinantes.

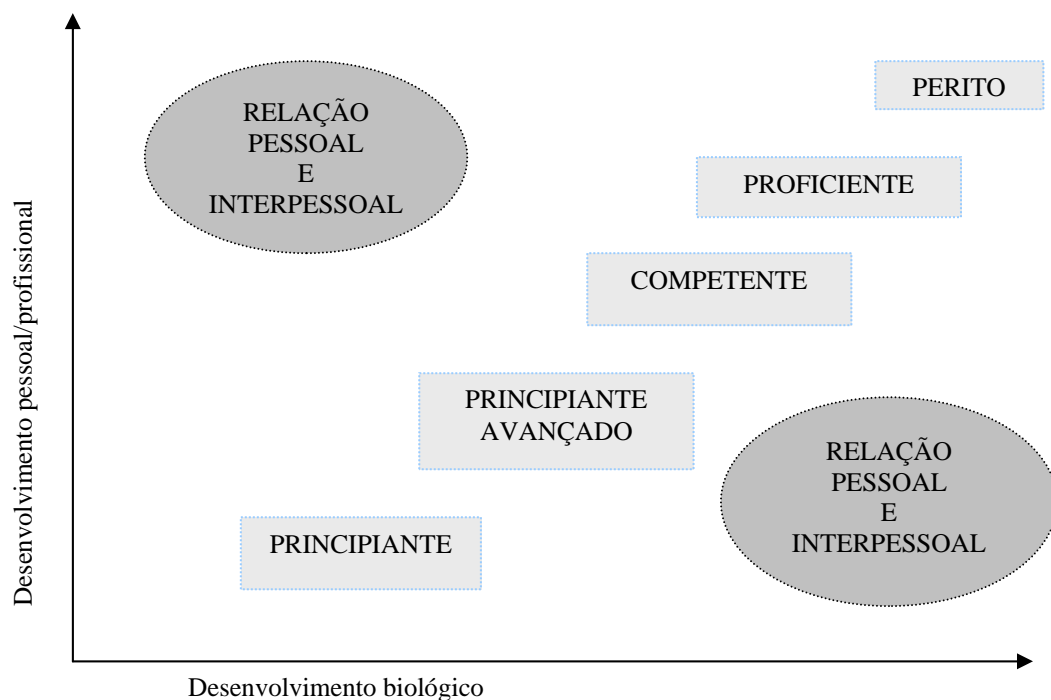
Identificamos nestas dimensões necessárias ao conhecimento do supervisor clínico em enfermagem, o alicerce da supervisão clínica que considera as diversas dimensões da pessoa e dos contextos sócio-culturais.

O princípio “multiplicador da diversidade” refere-se à relação interpessoal que traduz justamente uma *“relação recíproca, assimétrica e dialéctica entre pessoas, sujeitos capazes de sair de si mesmos e colocar-se no lugar, “na pele” do outro, compreendê-lo em toda a sua profundidade e riqueza sem deixar de ser ele próprio, nem desenvolver qualquer atitude que pretenda subalternizá-lo e muito menos manipulá-lo ou reduzi-lo”* (Tavares, 1993: 14). Tem ainda em conta o contexto que os envolve e os projectos pessoais que se complementam no projecto comum, por uma relação empática, biunívoca e construtiva. Neste campo, a relação de ajuda tal como é entendida por Rogers e outros autores, contribui para o desenvolvimento da pessoa no seu todo, até ao máximo das suas potencialidades (ibidem, 1993).

No que se refere à supervisão dos profissionais de enfermagem, atrevemo-nos a conceber a relação supervisiva num *continuum* de desenvolvimento assente nos cinco níveis de proficiência propostos por Benner (2001), baseando-se no modelo de perícia de Dreyfus, considerando porém, que no percurso de aquisição e desenvolvimento de perícia, as necessidades de supervisão são diferentes, em função do nível de proficiência em que o profissional se encontra. Isto requer, por parte do supervisor, um entendimento das diferenças entre o enfermeiro experiente e principiante.

Não podemos deixar de acrescentar à concepção de Benner o facto de que a evolução profissional da enfermagem, ao longo destes cinco níveis, passa não só pelo desenvolvimento de competências técnicas e científicas mas, fundamentalmente, pelo desenvolvimento de competências relacionais, onde a emoção é uma constante. Podemos então observar no esquema seguinte a tradução da nossa representação sobre o desenvolvimento do indivíduo (considerando os múltiplos contextos que o influenciam ao longo do percurso de crescimento e desenvolvimento) que, a certa altura da sua vida se inicia na profissão de enfermagem, a qual lhe proporciona uma evolução proficiente, em contextos caracterizados pela forte componente de relacional, pessoal e interpessoal.

Figura 1 – Relação, contexto e desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro



Com base no seu desenvolvimento, formação e experiência, os enfermeiros desenvolvem e observam muitas maneiras de entender e de se relacionar face a si mesmos, à organização e face à ecologia de cada situação, assim como muitas maneiras de viver a supervisão e a própria doença, sofrimento, dor, morte e nascimento que fazem parte da profissão. É-lhes exigido uma compreensão profunda da situação, antes que seja possível adquirir um repertório de maneiras de estar, de lidar e de se relacionar, consigo mesmo e com os outros, quando se devem envolver mais ou menos, aproximar ou afastar. Isto aprende-se muito com os livros, mas mais com a experiência. Na medida em que os enfermeiros vão evoluindo nos diferentes estádios, vão adquirindo competências relacionais que lhes permitem tornarem-se mais capazes de verem a globalidade das coisas, o que lhes confere maiores capacidades de relacionamento com o outro e de mediação da proximidade/distanciamento que lhe estão inerentes.

Reportando-nos ao supervisor, para que este possa levar a bom termo a tarefa de supervisão, terá que dominar não só o conhecimento do currículo, mas também possuir uma boa cultura geral e uma formação efectiva no domínio teórico-prático da enfermagem e supervisão, ter um bom conhecimento do outro e de si próprio, bem como, uma permanente atitude de bom senso, onde a envolvente afectivo-relacional e o contexto do processo, assumem uma importância fulcral e crescente em todos os domínios da actividade humana.

O papel do supervisor clínico em enfermagem consiste, fundamentalmente, em sustentar a actividade profissional dos elementos supervisandos, tendo sempre em conta a qualidade de cuidados oferecidos ao utente, enquanto fim último da supervisão. Segundo Holloway (1995), durante a supervisão, o profissional deve ser ajudado a tratar cada caso individualmente, entender e conceptualizar a situação, e então, adaptar selectivamente os métodos conhecidos. O profissional deve ser capaz de os adaptar estrategicamente às necessidades reveladas pelo utente, através de intervenções sequenciais; ou seja, parafraseando Sá-Chaves (2000), “*atender à ecologia da situação*”.

Para que o processo de supervisão se desenrole de forma efectiva, é necessário, ainda, criar um clima favorável, uma atmosfera afectivo-relacional e cultura positiva, de entreajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária e responsável entre o supervisor e supervisando.

Dos estudos efectuados por Abreu (2002), no âmbito da SCE, o autor conclui que esta consiste num processo multidimensional, que emerge relacionado ao investimento na qualidade das práticas, quadros cognitivos, pensamento crítico, análise das práticas e tomada de decisão, bem como, com aspectos relacionais que vão desde a segurança pessoal e da equipa, através de uma atenção aos processos relacionais e de afirmação pessoal, identificação com o conteúdo de trabalho e satisfação profissional e ainda, com os níveis de ansiedade e disponibilidade psicológica para estabelecer a relação de ajuda (ibidem, 2002). Face ao discurso, podemos dizer que, o êxito do processo de SCE, entre outros aspectos, está fortemente condicionado pela qualidade da relação supervisiva, pois além dos contributos das dimensões cognitiva, metacognitiva, contextual e volitiva, a dimensão afectiva atravessa toda a acção humana.

Retomando Abreu (2002: 57), *“a qualidade dos cuidados de saúde não está só dependente de tecnologias de mudança, mas também da transformação do sistema humano, do cumprimento de critérios, da responsabilização, da organização e das teias de relações entre os actores sociais”*. Ao conceber a qualidade como *“resultado da interacção dinâmica que é desencadeada e acontece no interior de um sistema em que a determinação, o conhecimento e o envolvimento dos diferentes actores ou autores do processo e o pacto social constituem os seus suportes fundamentais”*, entendemos que neste processo, *“as relações interpessoais assumem um papel primordial”* (Tavares, 1996: 108).

De acordo com estas perspectivas, somos de opinião de que a atmosfera afectivo-relacional que envolve todo o processo supervisivo condiciona-o, negativa ou positivamente, pelo que, esta constitui uma das peças fundamentais do processo, devendo assentar, desde o início, numa boa relação entre supervisor e supervisando. Para que tal relação se estabeleça, é importante, desde o início, desfazer alguns mitos e preconceitos, que se foram criando e alimentando ao longo dos tempos, inerentes ao estatuto e relacionamento entre os actores. Assim, a representação de uma relação entre superior-inferior, independente-subordinado, professor-aluno, avaliador-avaliado, experiente-inexperiente ou fical-fiscalizado, deve ceder lugar a uma representação que ponha em relevo *“...características, comportamentos e atitudes de entre-ajuda entre colegas num processo em que se procuram atingir os mesmos objectivos, ainda que em planos diferentes: o seu desenvolvimento humano e profissional como um factor importante de*

competência para poder intervir de um modo mais eficiente” na formação (Alarcão e Tavares, 1987: 69).

Revestindo-se a área da relação interpessoal de tão grande complexidade e importância na temática em discussão, vários investigadores se têm debruçado sobre o seu estudo. Argyle coloca a tónica da envolvente afectivo-relacional nos aspectos sociais, por seu lado, Dussault e Gazda colocam-na na dimensão psicossocial (Alarcão e Tavares, 2003).

Segundo o modelo rogeriano (Carl Rogers), cujo objectivo principal é ajudar o indivíduo a tornar-se pessoa, é fundamental ter por base três atitudes essenciais (o realismo, a aceitação e a empatia). Citado por Alarcão e Tavares (2003), Dussault (1970), a partir da análise do processo de supervisão, desenvolve uma teoria de supervisão em formação de professores. Considerando que é sobre as referidas atitudes que é possível uma relação positiva, congruente, responsável e comprometida entre supervisor e supervisando, o que permitirá uma atmosfera de confiança e colaborante. Nesta linha de investigação, de acordo com os autores acima referidos, entre outros, nos anos setenta Combs desenvolveu estudos em que concretizou que a relação supervisiva é de facto *“...uma relação experiencial que se constrói através dos sentimentos, das emoções, das percepções, e do significado profundo que a personalidade de um sujeito tem para o outro sujeito na interacção recíproca da dinâmica intersubjectiva em cada um dos seus momentos”* (Alarcão e Tavares, 1987: 73). Por sua vez, Tavares considera que uma relação desta natureza pressupõe uma grande maturidade humana suportada num grande conhecimento de si mesmo e dos seus interlocutores, dos outros, numa grande abertura de espírito, compreensão, sensibilidade e, sobretudo, num olhar positivo e acolhedor e ainda, em todos os outros domínios da comunicação verbal ou não verbal (ibidem, 1987).

Podemos, certamente, aprender a ser profissionais de saúde, conjugando competências técnicas e científicas, baseando-nos no conhecimento e na sabedoria acumulados, para fazer sempre melhor, através da instrução, conhecimento factual organizado em disciplinas académicas, aprendizagem estruturada, objectivos claros, avaliação formal e principalmente nas competências intrínsecas tais como instintos, imaginação e emoções. Em tais condições, os actores mais sensíveis desenvolvem

atmosferas e climas no ambiente de trabalho, procurando criar condições nas quais os “Eus” dos “Outros” possam florescer.

Neste sentido, os profissionais devem possuir qualidades humanas que enalteçam o respeito e os valores éticos e morais, pois as suas competências interpessoais assumem extrema importância ao longo da vida. Segundo Postic (1990), quando identificada a necessidade de modificação na relação, os profissionais devem ter os meios institucionais disponíveis para organizar novas acções. Quando por opção tentam mudar de atitudes, procurando agir sobre os seus próprios comportamentos, devem ser apoiados pelos pares e comunidade, pelo esforço despendido, pois a essência da profissão reside na relação humana, cujo caminho é a afectividade.

O “*saber*” e o “*saber fazer*” perdem valia quando com eles não está presente o “*saber ser*” (Santos, 1995: 51). De facto e parafraseando Oliveira e Oliveira (1996), para o profissional é determinante aquilo que sabe, mas, sobretudo, o que sabe ser (atitudes, valores). Uma instituição onde se promova o desenvolvimento humano, só poderá ter sucesso, através de profissionais autênticos, coerentes, humanos, facilitadores, activos, integradores e que proporcionem a todos a quem dirijam os seus cuidados, melhores condições de vida, de bem-estar e de conhecimento, adoptando atitudes positivas, independentemente das diferenças raciais, sociais, culturais, físicas, psicológicas ou outras.

A relação interpessoal pressupõe uma interacção onde os actores investem as suas próprias pessoas, necessidades e expectativas. Neste âmbito, Seco (1997) considera que o sucesso da aprendizagem raramente é o resultado de capacidades intelectuais e, por seu turno, o insucesso quase nunca é fruto de incapacidades. Antes, qualquer dificuldade neste domínio, pode apresentar um cariz afectivo e ser apenas um desesperado S.O.S..

A afectividade é um elemento importante na aprendizagem, daí que “...as relações inter-subjectivas acabem sempre por afectar o desempenho...” (Seco, 1997: 70), num domínio em que a personalidade é a chave-mestra da relação, pois o formando é uma pessoa e não a encarnação abstracta de conhecimentos. À luz desta compreensão, a ausência da ligação afectiva na relação supervisiva transformá-la-ia num capital mnemónico em que os intervenientes restariam ausentes.

Postic (1990: 37) afirma que, sabendo identificar e escutar os sinais de apelo e da vida interior do formando e, sendo arautos do diálogo e da acção comum, os formadores

poderão levar a bom porto os jovens que “*têm entre mãos*”; serão “*guias no escuro*”, nessa caminhada sinuosa e difícil em que só uma marcha comum e solidária entre ambos pode levar à criação de uma identidade cultural, de um presente com sentido e de um futuro com confiança.

O processo de aprendizagem deve dirigir-se na aproximação do formando ao mundo social que o rodeia, através da percepção das complexas inter-relações, desenvolvendo a apreciação dos valores e atitudes. Este processo, de base interdisciplinar, desenvolve-se na participação activa dos intervenientes para a aquisição de competências cognitivas e sociais e tem por objectivo máximo indivíduos bem informados, participantes envolvidos com uma visão mais global do social e do mundo.

A figura do supervisor, bem como a sua personalidade global e a sua formação, assumem um peso determinante entre as múltiplas causas do sucesso ou insucesso da formação. O seu comportamento e as suas atitudes, a forma como motiva os supervisandos e, sobretudo, as suas expectativas, são determinantes para o sucesso destes e marcantes na sua formação.

Piaget, citado por Oliveira e Oliveira (1996: 105), “*...compara a inteligência ao motor (estrutura) e a afectividade ao combustível (energia), sendo ambos elementos insubstituíveis e inseparáveis para o bom funcionamento cognitivo ou para a aprendizagem*”.

A relação supervisiva é, na sua essência, uma relação de cuidar; segundo Watson (2002: 111) “*uma relação transpessoal do cuidar, conota uma forma especial da relação de cuidar – uma união com outra pessoa – elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar no mundo*”. A forma e a direcção da relação e envolvimento podem diferir, mas a participação de todo o eu é uma síntese de envolvimento, usando toda a dimensão da pessoa, como uma fonte no relacionamento profissional.

O conceito de “*...envolvimento profissional como a participação total do eu, usando todas as dimensões da pessoa como uma fonte na relação profissional, está vinculado ao conceito de um relacionamento interpessoal no cuidar*” entre os actores (Watson, 2002: 114).

Uma pessoa que se conheça bem a si própria, poderá, mais facilmente, superar os seus pontos fracos e desenvolver os mais positivos. Deste modo, a pessoa dará também um

passo decisivo na construção da sua auto-estima e auto-confiança, o que facilitará a comunicação interpessoal.

2. A SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS E OS CONTEXTOS ORGANIZACIONAIS

As discussões sobre os contornos da problemática da prestação de cuidados de saúde têm levado os profissionais de enfermagem a profundas reflexões sobre as suas práticas. Esta não é uma preocupação recente, nem tão pouco característica dos enfermeiros portugueses, mas que se estende a outros países.

A criação da Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OEP), veio fomentar momentos de reflexão sobre as práticas profissionais, ao contemplar espaços abertos à discussão da qualidade dos cuidados de enfermagem. Definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OEP, 2004). Neste contexto, as reflexões conduziram ao perspectivar do domínio das competências relativas à implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, quer da OE, quer das instituições de saúde.

Ainda fruto de reflexões sobre as práticas e condições do exercício profissional, têm sido produzidos diversos documentos, que apontam para a necessidade de desenvolvimento de estratégias institucionais que permitam um acompanhamento mais próximo do processo de desenvolvimento pessoal e profissional nos contextos da prática. (Abreu, 2002).

Este processo de acompanhamento das práticas vem sendo referenciado em diversos instrumentos de gestão, inclusivamente os referentes à melhoria contínua da qualidade, entre os quais o *King's Fund Health Quality Service*, processo este que se tem vindo a denominar por supervisão clínica.

Apesar da celeuma inicial que causou a expressão “supervisão clínica” nos contextos de saúde em Portugal, assim como em outros países, “...a aposta na supervisão clínica surge no contexto da discussão sobre qualidade, reflexão sobre os percursos formativos e promoção da inovação” (Abreu, 2002: 55).

Estamos então em condições de referir que, sendo a enfermagem uma disciplina na qual a supervisão clínica está intimamente relacionada com a manutenção e melhoria da

qualidade das práticas, esta deverá, então, funcionar efectivamente, sempre e em todo o local onde se pratique enfermagem. Sendo que, em primeira instância, o foco da supervisão deve ser a interacção enfermeiro-utente, não a descontextualizando da envolvente inter-relacional, característica de uma ecologia em que o trabalho multidisciplinar é o pilar de sustentação da prestação de cuidados de saúde de qualidade. Afinal, o efeito da supervisão clínica será usado em benefício da melhoria da qualidade de cuidados oferecidos à comunidade.

A reflexão inerente à relação supervisiva, obriga os enfermeiros a olhar para as suas práticas de um modo diferente, ajudando-os a fazê-lo de modo verdadeiramente reflexivo.

2.1. EVOLUÇÃO E CONCEITOS

Se até há bem pouco tempo o termo não era conhecido entre nós, actualmente, alguns profissionais de saúde já se vão familiarizando com o mesmo, tornando-se este já parte integrante do vocabulário utilizado pelos enfermeiros, nos diferentes contextos profissionais.

Parafraseando Abreu (2002: 54), “*o investimento nas estratégias de supervisão clínica não é novo, embora neste início de milénio seja percebido de forma diferente*”. Já no mundo árabe os processos de SCE acompanhavam o que hoje poderíamos considerar de avaliação dos hospitais ou mesmo de certificação profissional (ibidem, 2002). Mais recentemente encontramos referências ao exercício da supervisão clínica em psicoterapia, desde 1925, sendo atribuído a Eitington a introdução da supervisão clínica na sustentação do desenvolvimento da prática psicanalítica, sob os auspícios da Sociedade Psicanalítica Internacional. Para Harkness e Poertner (1989), citados por Cottrell e Smith (2002b), as origens da supervisão encontram-se no trabalho social que se exercia no século XIX, pelas sociedades de caridade que pagavam a agentes sociais para supervisionar o apoio moral aos pobres pelos voluntários.

Abreu (2002) atribui a Florence Nightingale o lançamento das primeiras bases da SCE. Ainda segundo o mesmo autor, a introdução mais consistente e sustentada, da

supervisão clínica na prática de enfermagem, deve ser atribuída a Hildegard Peplau, entre 1952 e 1964.

Contrariamente aos desenvolvimentos nos EUA, onde a SCE se desenvolveu rapidamente, em função da também rápida evolução académica e estatutária da profissão e do próprio sistema de cuidados de saúde, na Europa o desenvolvimento da SCE tem sido um processo mais moroso, que se desenrola a ritmos diferentes nos diversos países.

No Reino Unido, a SCE, tal como hoje a concebemos, teve os seus desenvolvimentos a partir dos anos oitenta, início dos anos noventa do séc. XX, tendo-se desenvolvido mais nas práticas de trabalho social e na psicoterapia. No entanto, nesta altura, parecia haver ainda uma grande confusão sobre a temática: o que o próprio termo “supervisão clínica” significava, bem como a sua aplicação prática.

Em 1989, Hill, ao efectuar uma revisão da literatura em supervisão nas profissões assistenciais, manifesta-se surpreendido ao concluir, que esta não tinha grande implementação em enfermagem (Kelly, Long e McKenna, 2001). De acordo com White (1990), citado pelos mesmos autores, verifica-se já um certo desenvolvimento da supervisão clínica na enfermagem de saúde mental, que no entanto considera ter por base a sua relação íntima com as terapias de aconselhamento. Ainda os mesmos autores, citando Faugier (1992), advertem para a necessidade de adaptar a supervisão às exigências específicas da enfermagem, e precaução na sua adopção, no sentido de evitar que seja facultada supervisão através de outras disciplinas, através de modelos não apropriados, pois em enfermagem deve ser dada ênfase ao desenvolvimento pessoal e profissional, como componentes importantes da supervisão clínica.

A conceptualização e implementação subsequente da supervisão clínica aconteceram paralelamente à reorganização e revitalização do sistema de ensino da enfermagem, tendo havido um reforço de aproximação do processo orientado para o cuidar; daí que a profissão tenha evoluído no sentido de aumentar as exigências profissionais. A introdução do Código de Conduta Profissional (UKCC, 1984) enfatizou a importância da responsabilidade profissional. Desde então, a política governamental e as administrações dos serviços de saúde têm influenciado a formação e as práticas de enfermagem (Kelly, Long e McKenna, 2001).

Segundo Bishop (1998), desde que, no início dos anos noventa, a supervisão clínica começou a ser mais debatida pelos teóricos e profissionais de enfermagem, começou-se a argumentar a sua adopção no Reino Unido. Neste país, diversos factores, determinantes e igualmente importantes, influenciaram a implementação da SCE. Estes factores, interrelacionados, foram resumidos por Bond e Holand (1998):

- a. Mudanças organizacionais importantes;
- b. Políticas directivas;
- c. Preocupações sobre responsabilidade;
- d. Iniciativas de qualidade para melhorar padrões de cuidados;
- e. Conceitos de revalorização social integrados na filosofia da enfermagem;
- f. Mudanças educacionais para práticas reflexivas;
- g. Interesse sobre a saúde dos profissionais e a prevenção de *burnout*;
- h. Incremento do valor da intervenção terapêutica e exigências concomitantes para a auto-consciência.

Segundo os mesmos autores, outros factores estiveram na origem do incremento da actual SCE, entre os quais a sucessão de acontecimentos dramáticos em Bristol, Kent e Canterbury, com especial destaque para o caso de Beverley Allitt. Este caso, que originou a morte e atentados à integridade dos doentes horrorizou a sociedade, que se mobilizou e exigiu a definição de uma política que fomentasse o apoio e acompanhamento sistemático dos profissionais de saúde, no sentido de que acontecimentos destes não se repetissem. Em 1993, como refere Abreu (2002), o Departamento de Saúde do Reino Unido (DoH), publicou o documento “*Vision for the Future*”, o qual incluía um conjunto de políticas que tinham como pressuposto a implementação de processos de SCE.

Na sequência do caso Allitt, a SCE passaria a ser considerada fundamental e imprescindível, na medida em que, para além de promover práticas de qualidade, permitia sustentar a prática dos profissionais, promovendo, paralelamente, a segurança dos utentes.

De acordo com Cutcliffe (2001), o UKCC, partiu da sua posição inicial sobre a supervisão clínica em 1995 e, no ano seguinte, publicou orientações relevantes para a enfermagem e outros profissionais de saúde, definindo o propósito da mesma. A

supervisão clínica foi apresentada como um meio pelo qual os enfermeiros poderiam explorar, sustentar e desenvolver o seu desenvolvimento pessoal e práticas profissionais. A sua função global era melhorar padrões de cuidado e promover a saúde da nação.

Face aos desenvolvimentos, podemos então dizer que, desde 1986, quando Platt-koch definiu metas da supervisão clínica, muitos foram os teóricos que tentaram estabelecer definições muito específicas da mesma, o que, segundo Cutcliffe e Proctor (1998), induzem uma rigidez de pensamento e práticas. Por sua vez, Bond e Holand (1998) afirmam que se encontram escritas muitas definições de SCE, no entanto não há nenhuma definição amplamente aceite. Bishop (1998) aponta para o facto de que a gama de definições disponível possa contribuir para um grau de flexibilidade que servirá para diluir a essência da supervisão clínica e para confundir ainda mais a nossa e outras profissões e os utentes em geral. Butterworth e Faugier (1992) alertam para a dificuldade de definir supervisão clínica, quando o conhecimento neste domínio está ainda num período precoce de desenvolvimento.

Butterworth e Faugier (1992) descrevem supervisão clínica como um processo de habilitação, que proporciona oportunidades para o crescimento pessoal e profissional. Enfatizam que este processo não envolve penalidades, mas oportunidades para desenvolvimento. Posteriormente, estes autores afirmaram que a supervisão clínica é uma troca entre profissionais em exercício, que os habilita para o desenvolvimento de competências profissionais.

O documento governamental do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido “*Visão para o Futuro*”, descreve a supervisão clínica como um processo formal de sustentação profissional e de aprendizagem que permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências (DoH, 1993). Transmite a noção de responsabilidade profissional e de protecção dos utentes, contribuindo para aumentar a segurança da prática em situações clínicas complexas. Estimula o desenvolvimento da prática clínica e deve ser entendida como meio de incentivo para a auto-avaliação e de desenvolvimento de capacidades analíticas e reflexivas.

Mais recentemente, a supervisão clínica foi definida como uma interacção desenvolvida entre dois ou mais profissionais para assegurar a qualidade dos cuidados aos utentes, dentro de um ambiente de apoio e segurança, fundamentada numa contínua análise

reflexiva e crítica dos cuidados (Bishop, 1998). Este autor apoia a sua visão, através da terminologia que usou, afirmando que a supervisão clínica tem que se focalizar na prática clínica e tem que tentar descrever um mecanismo para apoiar, o melhor possível, o desenvolvimento dos padrões de cuidados.

Cottrell (2000a) apresenta-nos uma perspectiva de política supervisiva, na qual se refere à supervisão clínica enquanto relação entre o supervisor que transmite o seu conhecimento e experiência aos colegas da prática, para o desenvolvimento da mesma, conhecimento e valores. Este relacionamento permitirá estabelecer, manter e melhorar padrões de cuidados e promover a inovação na prática clínica. O mesmo autor refere que a supervisão clínica é uma actividade que deve ser contínua e desenvolvida por enfermeiros qualificados. Esta consiste num compromisso “*ongoing*”, que se deve desenvolver durante toda a carreira do profissional de enfermagem.

Burrow, em 1995, alertou para o particular, e não pouco frequente, facto de o número crescente de definições de SCE poderem endossar para um contexto administrativo dentro do desenvolvimento contínuo de supervisão clínica, existindo, claramente, uma insuficiente diferenciação entre supervisão administrativa e clínica, no seio da organização. Nesta situação, é imprescindível que as organizações definam políticas claras de SCE, que tenham por base uma filosofia congruente com a da organização e com o que se pretende com o processo de supervisão.

A supervisão clínica implica uma estrutura e um processo que devem revestir-se dos princípios da prática reflexiva que, por sua vez, irão promover nos supervisandos, capacidades crítico-reflexivas.

Cada profissional com a devida formação tem a responsabilidade de supervisionar outros membros da equipa, trabalhando competentemente, assegurando-se assim que toda a equipa, nos diferentes níveis, tenha a oportunidade de receber supervisão clínica.

Bond e Holand (1998) referem que, embora possamos encontrar muitas definições de supervisão clínica, não há nenhuma que se apresente de tal modo explícita de forma a ser claramente melhor do que as outras. Por outro lado, recordando Butterworth e Faugier (1992), a sua fase ainda embrionária de implementação nas nossas instituições de saúde, deve alertar-nos para a dificuldade de definir supervisão clínica, quando o conhecimento neste domínio também se encontra num período precoce de desenvolvimento. Não

podemos deixar de mencionar novamente Bishop (1998), ao alertar para o risco de enveredar pelo caminho mais tortuoso, ou seja, que a nossa “gula literária” nos conduza, tal como aconteceu em Inglaterra, a aceitar uma gama de definições disponíveis o que poderá, também para nós, constituir um perigo no sentido de diluir a essência da supervisão clínica e de confundir ainda mais a nossa e outras profissões e os utentes em geral. Neste sentido, somos sensíveis às opiniões destes autores, face às várias definições de SCE, no entanto, para efeitos do nosso estudo posicionamo-nos na definição do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, conforme o documento governamental “*Visão para o Futuro*”, acrescentando-lhe a perspectiva de Holloway (1995), segundo a qual a supervisão clínica envolve o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência, e valores ao supervisando e, simultaneamente, dá-lhe apoio profissional, atendendo às suas necessidades emocionais.

2.2. MODELOS

As reflexões sobre a temática da supervisão clínica são consonantes com a perspectiva de que, “...*uma vez que a supervisão clínica se constitui como estratégia de suporte para as organizações de saúde, dinâmicas de formação, funcionamento das equipas, maturação pessoal e desenvolvimento profissional, seria de esperar que pudessem existir diferentes conceitos e modelos*” (Abreu, 2002: 3). Esta diversidade é importante, principalmente quando informada pelos contextos organizacionais.

Segundo Holloway (1995), desde os anos cinquenta do século passado, que a supervisão foi um foco de considerável especulação nas profissões assistenciais. Inicialmente, os modelos de supervisão reflectiram as teorias de aconselhamento. Por isso, não constitui surpresa que os nomes destes modelos imitem teorias de “*counselling*”. Por exemplo, supervisão centrada no utente “*client-centered*” (Patterson, 1983), supervisão de aproximação à aprendizagem social (Hosford & Barmann, 1983), e supervisão em terapia emotiva racional (Wessler & Ellis, 1983), autores referidos por Holloway (1995). Citando Russell *et al* (1984), a mesma autora refere que, muito embora estes modelos pretendam ajudar a interpretar fenómenos e habilidades complexos, os modelos de aconselhamento forneceram poucos subsídios para a pesquisa ou prática. As pesquisas na área da

supervisão revelaram que os supervisores não praticam supervisão e aconselhamento de forma semelhante. Assim, questionados os modelos desta natureza, estes estão a ser substituídos por outros que incorporam conhecimento de sub-disciplinas psicológicas relacionadas e que proporcionam fundamentos para investigação empírica. O reconhecimento de que o ensino de psicoterapia é diferente de fazer supervisão, está patente em modelos teóricos cruzados “*cross-theoretical*” de supervisão, que incorporam aspectos de diferenças individuais, teoria do papel social e psicologia instrutiva. Duas abordagens principais de modelos teóricos cruzados apareceram desde 1979 – modelos de desenvolvimento e modelos de papéis sociais (Holloway, 1995).

Os **modelos de desenvolvimento** tiveram a sua origem na psicologia de desenvolvimento e enfatizam, principalmente, a função educacional da supervisão, que envolve ambiente e pessoa. Segundo Van Ooijen (2000), dado que os enfermeiros podem variar nos seus níveis de conhecimento, familiarizar-se com um modelo de desenvolvimento pode ser útil; um modelo de desenvolvimento pode ser integrado como um modelo supervisão-orientação. Em psicoterapia e assistência social, a supervisão é associada, em grande parte, com treino, e educação. A supervisão de desenvolvimento assumirá um aspecto importante da formação de base do enfermeiro.

De acordo com Holloway podemos encontrar descritos aproximadamente 18 modelos de desenvolvimento diferentes. Hawkins & Shoet (1989) mencionam vários destes modelos que vão integrar num modelo combinado que se desenvolve em quatro fases principais de desenvolvimento do supervisando.

Segundo Van Ooijen (2000), uma das grandes desvantagens dos modelos de desenvolvimento é que a sua utilidade diminui, linearmente, à medida que o supervisando se torna mais experiente. Isto verifica-se no desenvolvimento profissional do enfermeiro nos cinco níveis de proficiência (de iniciado a perito), proposto por Benner (2001), baseando-se no modelo de aquisição de perícia de Dreyfus. Segundo este modelo, a complexidade e responsabilidade inerentes à prática de enfermagem, requerem um desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, o que, por sua vez, exige um entendimento das diferenças entre o enfermeiro perito e o principiante. Assim, no que remete para a supervisão destes profissionais, é facilmente compreensível que a supervisão

disponibilizada vai diminuindo à medida que os enfermeiros evoluem no nível de proficiência, pois vão adquirindo competências que os tornam cada vez mais autônomos.

Van Ooijen (2000) considera estes modelos pouco satisfatórios para enfermeiros experientes, a menos que eles estejam num ambiente novo ou aprendendo numa situação que constitua novidade. Outra limitação que Ooijen aponta a estes modelos é que, embora neles se esbocem as fases de desenvolvimento dos supervisandos, eles não oferecem uma explicação sobre o modo como acontece a mudança no supervisando ou no supervisor, e isso parece ser escasso para uma pesquisa pertinente.

Para Holloway (1995), uma visão semelhante à defendida nos modelos de desenvolvimento (modelos ambiente-pessoa) é apresentada pela aprendizagem por **modelo experiencial**. A autora refere que Abbey, Hunter, e Weiser's (1985) se basearam na teoria dos estilos de Kolb (1984) e não incluem uma perspectiva de desenvolvimento nos seus modelos. Porém, Sugarman (1985) citado por Holloway (1995) considera que estes recorreram a diferenças individuais dentro das aprendizagens cognitivas ou apresentando estilos, tendo por base as estruturas dos ambientes de supervisão.

Modelos de papéis sociais foram, segundo Holloway (1995), descritos por Boyd (1978), Bernard (1979), Hess (1980), Littrell, Lee-Borden e Lorenz (1979), e Bartlett (1983). A autora refere ainda que, nestes modelos, a posição do supervisor inclui um jogo de papéis que, quando executados, estabelecem certas expectativas, convicções e atitudes. Como resultado, o supervisor ocupa-se deste jogo de ações que ocorrem periodicamente e, de acordo com o papel esperado, promove uma experiência de sustentação de comportamentos e certezas no supervisando. Embora o papel de modelo esteja centrado exclusivamente no supervisor enquanto remetente dos papéis é igualmente esperado que o supervisando desempenhe alguns papéis (Holloway, 1995).

Da análise do discurso, facilmente se depreende que são variadas as propostas dos diferentes autores, no que respeita a modelos de supervisão clínica; no entanto, embora de certo modo, todos eles se toquem na sua essência, distinguem-se pelo tipo de filosofia e pressupostos teóricos. Abreu (2002: 55) refere que na generalidade dos modelos, podemos identificar dois pressupostos fundamentais: a) o reconhecimento da maturidade da profissão, na medida em que consegue olhar-se criticamente, num claro sinal de exigência

e responsabilidade; b) o reconhecimento de que os profissionais e os alunos são vítimas de situações potencialmente agressivas para a sua integridade psicológica.

Neste sentido, no quadro que se segue, abordamos, de forma sucinta, o modelo de SCE de Nicklin (1997), o qual Abreu (2002: 55) considera “...um modelo que, para além de possuir um enquadramento conceptual consistente, está profundamente direccionado para a prática clínica na globalidade e não apenas para dimensões emocionais”.

Quadro 1 – Modelo do processo de supervisão clínica segundo Nicklin

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

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

Sob o nosso ponto de vista, nenhum modelo é melhor do que o outro, devendo ser o contexto organizacional e profissional a determinar a escolha do modelo a utilizar, uma vez que o propósito dos modelos é fornecer referências objectivas para a tomada de decisão em contexto. No entanto, partilhamos da ideia de Hart e Rotem (1995), ao considerarem que a

pessoa pode imitar um supervisor excelente, mas sem teoria ou um modelo conceptual, a pessoa não entende realmente o processo de supervisão.

2.3. SUPERVISÃO E CONTEXTO ORGANIZACIONAL

O impacto potencial da supervisão clínica na enfermagem manifesta-se a diferentes níveis, fundamentalmente a nível da qualidade de cuidados e desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Também, no nosso País, se começa a perceber que a supervisão clínica pode ajudar os profissionais a desenvolverem competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanismo, durante as suas carreiras. Isto permite desenvolver uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, da responsabilidade intrínseca e desenvolver conhecimento a partir da realidade da prática clínica do que seria previamente possível. Neste sentido, considerando que qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local, compete às instituições de saúde adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade. Estas devem desenvolver esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; *“...porque as instituições de saúde existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, e aqui em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos. Assim, as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade”* (OEP, 2004: 2).

Uma profissão mais hábil, mais consciente e articulada com outras ciências deve ser também objectivo do sistema de saúde e das organizações. Em 1996, Ano Europeu da Aprendizagem ao Longo da Vida, mais uma vez se destaca a importância da formação para a satisfação, valorização e aumento da qualidade dos cuidados. É neste contexto que encontramos a cumplicidade entre supervisão clínica, aprendizagem, desenvolvimento profissional e qualidade de cuidados.

O supervisor clínico não pode administrar supervisão sem algum conhecimento do contexto e cultura organizacional dentro da qual o supervisor tem que funcionar. Sparks e Loucks-Horsley (1989) citados por Bernard e Goodyear (1998) esboçaram as condições

organizacionais necessárias para o desenvolvimento profissional, que aplicadas à supervisão clínica, são os seguintes:

- *O pessoal tem algumas metas em comum.* É essencial que seja a própria organização a valorizar a supervisão clínica. Quando esta constitui uma meta a atingir pela organização, terá uma melhor gestão e mais recursos serão disponibilizados para o seu planeamento e implementação.
- *A administração define uma norma através de decisão colegial.* A implementação da SCE constitui um grande desafio. Neste sentido, é essencial que existam, na organização, orientações de topo face a decisões e orientação da supervisão, que esta ofereça uma base de apoio ao desenvolvimento da mesma e que proporcione a comunicação aberta entre os actores. A organização tem que definir normas claras de actuação, de modo a assegurar que os elementos envolvidos na supervisão sejam respeitados e tratados como valiosos participantes da equipa.
- *A organização promove desenvolvimento profissional.* As metas da supervisão clínica só podem ser atingidas quando os profissionais envolvidos perceberem o contributo da mesma para o desenvolvimento profissional. Um clima onde as pessoas estão equilibradas e cumprem os seus deveres de forma profissional é um anátema desafiador para os supervisandos tirarem proveito das várias oportunidades.
- *A progressão das metas é monitorizada activamente em vez de se esperar pela avaliação dos resultados.* Para uma organização confiante é essencial monitorizar, no sentido de assegurar que se está no rumo certo. São identificados e controlados obstáculos, como um desafio organizacional, em vez de permitir que uma situação se vá deteriorando até ser julgada, mostrando uma falta de competência particular de colegas de serviço.
- *Devem ser disponibilizados meios e apoio para a prática da supervisão clínica.* Tão importante como metas partilhadas e uma atmosfera colegial, é haver apoio para o reforço daquelas. A organização deve ser generosa com os seus recursos, sendo as pessoas o mais precioso destes.

Esta abordagem do contexto organizacional desperta-nos para a necessidade do supervisor clínico desenvolver uma atitude crítica face à organização, verificando se esta disponibiliza os recursos necessários para a supervisão clínica (Bernard e Goodyear, 1998). Congress (1992) citado pelos mesmos autores, notou, ainda, que as decisões éticas são controladas através da cultura da organização em vez de orientação individual. O supervisor que não tentar avaliar o contexto organizacional pode ser apanhado desprevenido para uma discrepância entre uma meta da supervisão e a cultura dentro da qual esta está a ser desenvolvida.

Bond e Holand (1998) entendem que o processo de SCE é fortemente condicionado pelo contexto organizacional. Assim, segundo a perspectiva dos autores, exige-se por parte da organização, uma política de SCE bem definida, bem como concertação de esforços no sentido de disponibilizar recursos para a colocar em prática:

- Tempo reservado para facilitar reflexão detalhada sobre a prática profissional;
- Interação proporcionada por um ou mais colegas, mais experientes, que têm perícia em acompanhamento;
- Tempo reservado e regulamentado para proporcionar sessões frequentes, contínuas e subordinadas às necessidades do supervisando;
- Processo de acompanhamento que permita aos supervisandos alcançar, sustentar e desenvolver criativamente uma elevada qualidade de práticas, através do apoio focalizado e desenvolvimento acompanhado;
- Processo reflexivo que permita aos supervisandos explorar e examinar o seu desempenho na complexidade dos eventos, dentro da relação terapêutica e também a qualidade das suas práticas;
- Experiência de aprendizagem no percurso profissional que deveria acompanhar o percurso das carreiras profissionais, na prática clínica, na administração, na pesquisa e na formação;
- Característica ímpar da profissão de enfermagem focalizada na prática clínica.

Nesta perspectiva, a supervisão clínica estimula o desenvolvimento da prática clínica e deve ser vista como incentivo para a auto-avaliação e capacidades analíticas e reflexivas.

O supervisor clínico promove a mudança positiva, educa, monitoriza, recomenda, desafia, sustenta e pesquisa, tendo sempre como responsabilidade preliminar o bem-estar do utente. No entanto, este pode ter outras responsabilidades que não podem co-existir em conflito. Estas responsabilidades podem ser administrativas e de gestão, para com o profissional, entidade empregadora ou outras. Cabe à organização zelar para que isto não aconteça, definindo a política de supervisão.

Citando Kadushin (1995), Holloway (1995) refere que, percebido o propósito e a estrutura da supervisão, deve perguntar-se, primeiro, se o contexto primário de uma situação de supervisão é administrativo ou clínico. Os gestores ou supervisores administrativos têm a tarefa de dirigir e avaliar o trabalho dos profissionais, estudantes e elementos da equipa numa organização burocrática. As funções dos gestores/supervisores administrativos estão claramente definidas e podem incluir recrutamento, delegação e monitorização do trabalho, sendo um “amortecedor” administrativo e intervindo como um agente de mudança dentro da organização:

“Administrative or managerial supervisors have the task of overseeing, directing, and evaluating the work of clinicians, students, and staff members in a bureaucratic organization. Their objective is to assist the organization in running smoothly and effectively. Clearly defined responsibilities of administrative supervisors might include recruiting, delegating, and monitoring work; being a managerial buffer; and acting as a change agent within the organization” (Kadushin, 1985, cit. por Holloway, 1995: 3).

A supervisão administrativa acontece frequentemente numa base precisa/específica ou como resultado de uma necessidade urgente, mudança política, período de avaliação do mercado (Kadushin, 1985, cit. por Holloway, 1995: 3). Não é esperado que o supervisor administrativo mantenha relações contínuas, com colaboração em assistência social ou formação. A estrutura hierárquica da organização e o papel organizacional do supervisor é que dita a natureza transitória da relação de supervisão:

“In contrast, clinical supervisors focus on the professional development of the

supervisee's skills within the organization. Clinical supervision emphasizes the educational and supportive functions of the supervisory role” (Kadushin, 1985, cit. por Holloway, 1995: 3).

A supervisão clínica acontece entre dois indivíduos, um deles designado como supervisor e o outro como supervisando. Durante a supervisão, os dois indivíduos encontram-se regularmente e discutem assuntos clínicos e profissionais relacionados com o crescimento profissional do supervisando. Embora o contexto organizacional e as políticas administrativas do local de trabalho afectem a relação de supervisão, não é um propósito fundamental da supervisão clínica desempenhar funções administrativas ou de gestão. É o propósito primeiro do papel supervisivo que diferencia estas duas visões.

No processo de implementação de um programa de supervisão clínica, é importante que a organização proporcione as condições fundamentais, entre as quais a elaboração de um quadro conceptual, bem como perspectivar o domínio das competências relativas à implementação do processo.

3. CONTEXTO ORGANIZACIONAL EM ESTUDO

A sociedade moderna é uma sociedade de organizações. Estas são altamente complexas e diferenciadas: indústrias, empresas comerciais, empresas de serviços, universidades, hospitais, etc.

Chiavenato (1987) refere que a organização é um sistema sócio-técnico aberto, em interacção constante com o ambiente; neste sentido considera que as organizações enquanto os sistemas abertos, são permeáveis ao ambiente que as envolve.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o hospital é parte integrante de um sistema coordenador de saúde cuja função é disponibilizar à comunidade completa assistência preventiva e curativa, incluindo o serviço exterior à família, no seu domicílio, sendo também entendido como espaço de formação e investigação.

Ao fazer uma análise sobre o hospital, Magalhães (1999) considera que este é um espaço de exercício de competências profissionais adquiridas nos contextos de formação e não uma organização qualificante que produz, promove e reconhece competências, contribuindo, em simultâneo, para o não reconhecimento e desvalorização de outras competências. Segundo a autora, o hospital insurge-se como uma organização qualificada e complexa, onde se produzem bens e serviços. Esta produção de bens e serviços deve atender à diversidade de solicitações dos utentes, o que implica inovação a nível da gestão e centros de responsabilidade com níveis intermediários da administração.

Como refere Zarifian (1992), o hospital é uma organização que estimula a reflexão, reforça as relações sociais e constrói um sentido para a sua actividade. Isto pressupõe a organização do trabalho com base na comunicação e multidisciplinaridade, o que promove a elaboração de projectos comuns entre os actores e a corresponsabilidade no seu desenvolvimento. Por sua vez, a comunicação deve promover a partilha de linguagem, proporcionando aos seus membros reelaborar os objectivos da actividade profissional, o que lhes permite projecção no futuro.

Enquanto organização qualificante, o hospital deve privilegiar decisões horizontais, fomentando a cooperação, interdisciplinaridade e a pluridimensionalidade da informação, assegurando, assim, uma política de formação coerente. Neste contexto, entendemos que o

hospital é também “...lugar de formação recíproca para todos os seus habitantes, incluindo obviamente os doentes. Encarar o hospital como lugar de formação não significa prever no seu interior um somatório de acções de formação pontuais, na ausência de uma estratégia unificadora, mas sim otimizar as suas potencialidades, na criação de oportunidades educativas baseadas na interacção entre actores” (Canário, 1997: 132).

Deste modo, pretende-se que o hospital, sem abandonar os momentos de formação formal de teor oportuno, seja um espaço privilegiado de reflexão na, para e sobre a acção, pois só deste modo a formação contínua dos actores contribuirá para a reabilitação do “...domínio difuso das competências implícitas (...) contribui para que elas sejam socialmente visíveis, simultaneamente como competências de facto e de direito” (Correia, 1994: 30).

É neste âmbito que, de acordo com Correia (1997: 32), consideramos que os sistemas de trabalho “...devem ser encarados como sistemas cognitivos – sistemas que favorecem a cognição dos indivíduos que os integram ao mesmo tempo que são capazes de produzirem... cognições que transcendem as dos indivíduos e emergem em torno das redes de relações que se estabelecem entre eles”.

O hospital, caso em estudo, constitui-se como organização de saúde dotada de meios humanos e tecnológicos, cuja missão nuclear é a prestação de cuidados de saúde, durante 24 horas por dia. A sua actividade é desenvolvida através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação, quer em regime de internamento, quer em ambulatório. Compete-lhe, igualmente, promover a investigação e o ensino, com vista a resolver problemas de saúde.

Os serviços de saúde em geral, e os hospitais de forma particular, são campo de interesses e objectivos contraditórios de natureza diversa, pelo que, para além da legislação que se lhes aplica, existe um conjunto de diplomas complementares que colaboram para a definição do hospital e das suas especificidades.

Segundo Abreu (2002: 53) “ao longo da história, as organizações de saúde foram geridas de acordo com modelos de gestão politicamente situados, determinantes de processos de mudança viabilizados pela própria sociedade”. Na actualidade, os debates sobre a problemática da administração dos serviços de saúde têm conduzido à adopção

estratégica de modelos de gestão centrados no controle de custos, da máquina pesada que é o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Estamos de acordo com Abreu (2002: 51), quando refere que “...*esta tendência para promover a racionalidade económica do sistema de saúde perde todo o sentido se as políticas definidas não forem orientadas segundo o respeito pela coesão social, compreendendo este o acesso aos cuidados, o respeito pela dignidade humana, a segurança dos cuidados de saúde e mesmo o suporte (formação, acompanhamento) dos profissionais de saúde*”.

Na continuidade da produção do discurso e, fruto das evoluções sócio-económicas das sociedades competitivas, temos assistido, muito recentemente no nosso País, a alterações de fundo no que concerne ao desenvolvimento das políticas económicas da saúde. Os hospitais do Serviço Nacional de Saúde eram, em geral e, até há bem pouco tempo, “...*pessoas colectivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira*” (DL 19/88, de 21 de Janeiro, art. 2º, 1); eram institutos públicos – estabelecimentos públicos (Abreu, J., 2003: 15).

Segundo o artigo 2º, n.º 1, do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (que revogou o Decreto-Lei n.º 19/88), os hospitais do SNS podem ser: “*a) estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia jurídica e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; b) estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; c) sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos*” (Abreu, J., 2003: 15).

Independentemente das naturezas jurídicas, incumbe aos Hospitais, dentro do Serviço Nacional de Saúde, facultar à comunidade em que se integram a prestação de cuidados gerais, diferenciados e especializados, de natureza preventiva, curativa e de reabilitação. Neste âmbito, o Plano Nacional de Saúde (2004-2010) direcciona a intervenção dos serviços de saúde para a aposta na qualidade em saúde, logo, na qualidade da prestação de serviços de saúde.

Os diagnósticos de situação efectuados pelo Ministério da Saúde, mostram que o nosso sistema de saúde tem défice de “*cultura de qualidade*”, logo, na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores, sendo também insuficiente a divulgação de experiências devidamente avaliadas e que configuram sinais de sucesso; apontam para

que o desempenho dos serviços de saúde venha evidenciando a existência de um grande desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais e afirmação de lideranças em que estes trabalham; referem ainda falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão; insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica; e, uma convergência, por parte dos principais agentes de decisão, investigadores em saúde e líderes de opinião, na constatação da escassez (ou mesmo inexistência) de indicadores válidos e fiáveis que suportem a gestão estratégica e operacional do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

No sentido de fazer face a esta problemática, o Ministério da Saúde traçou um conjunto de intervenções e objectivos estratégicos, entre os quais referimos: a intervenção no sentido de melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde, ou seja, promover medidas de implementação de programas de saúde tecnicamente robustos, geridos e participados, com vista ao desenvolvimento de uma cultura de efectividade das intervenções; intervir para melhorar a qualidade organizacional dos serviços de saúde, continuando a apostar na acreditação de Hospitais (IQS/KFHQS) ao abrigo do protocolo com o *King's Fund Health Quality Service*; nos Hospitais em que venha a verificar-se a inexistência de condições para a conclusão da acreditação no tempo previsto, o Ministério procederá ao alargamento da aplicação desta metodologia e do Manual de Acreditação nas áreas de liderança e gestão de recursos, com especial ênfase na gestão do risco clínico e não clínico, higiene, segurança e ambiente; continuar a desenvolver a formação de auditores na área da qualidade em saúde de forma a promover uma prática de gestão baseada nos princípios da qualidade total, apostar-se-á na qualidade da gestão (QualiGest), tendo como referência o modelo de excelência organizacional da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) para os serviços públicos e aprovado oficialmente pela Comissão Europeia – o *Common Assessment Framework* (CAF); continuar a melhorar os indicadores de desempenho e de apoio à decisão apoiando-se na avaliação sustentada e na satisfação dos utentes dos serviços de saúde na avaliação sustentada do grau de satisfação dos profissionais dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

Sob o ponto de vista da gestão das instituições e da afectação de recursos, continua-se a apostar nos Sistemas Locais de Saúde e de Centros de Responsabilidade Integrada e, fundamentalmente, nas Sociedades Anónimas e, ainda, na definição de novos modelos de

gestão dos Centros de Saúde, bem como no desenvolvimento de Programas de Garantia da Qualidade.

No que respeita à implementação de Programas de Garantia da Qualidade, pretende-se que estes resultem na melhoria da efectividade dos cuidados de saúde prestados, incentivando a criação de uma cultura de qualidade e desenvolvendo os mecanismos indispensáveis à sua sistematização, baseada na revisão do desempenho e no estabelecimento de metas explícitas.

Foi neste âmbito que surgiu a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULS). Esta Unidade de Saúde reveste-se de uma caracterização e regulamentação específicas, o que de certo modo, tem proporcionado o seu grande desenvolvimento, tornando-a numa Unidade de referência em Portugal.

3.1. HOSPITAL PEDRO HISPANO: ENQUADRAMENTO NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE E NO CONTEXTO LOCAL

São múltiplos os estudos que têm o hospital como objecto de reflexão, referindo-se a ele enquanto complexo social, onde coexistem estruturas socioculturais, racionalidades e ideologias distintas (Abreu, 2001). Simultaneamente, o hospital é apontado como “...*um contexto social onde se verificam combinações complexas que se estabelecem entre os objectivos oficiais (institucionais e os objectivos operatórios, próprios de cada grupo profissional*”. É ainda um lugar social onde os actores possuem diversos tipos de socialização profissional, percurso formativo e localizações na divisão do trabalho clínico (Abreu, 2001: 61).

O Hospital Pedro Hispano (HPH), inaugurado em 20 de Março de 1997, está integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULS), desde 9 de Junho de 1999.

O nome do Hospital Pedro Hispano está relacionado com Pedro Hispano Português – nome literário de Pedro Julião, notável filósofo e médico português do século XIII (Calafate, 2003). Nascido em Lisboa, entre 1216 e 1218, Pedro Hispano estudou Ciências Humanas Medicina e Filosofia. Foi professor de Medicina em Paris e Siena. Após a sua passagem por Siena, regressou a Portugal, tendo sido deão da Sé de

Lisboa, arcebispo de Vermoim, prior da Colegiada de Santa Maria de Guimarães e arcebispo de Braga, não tendo chegado a receber confirmação, pois, entretanto, em 1272, foi escolhido para médico do papa Gregório X, que, em 1273, o nomeou cardeal-arcebispo de Túsculo. Em 20 de Setembro de 1276, foi eleito papa, tomando o nome de João XXI. Pedro Hispano veio a falecer em Viterbo, em 20 de Maio de 1277, em consequência de ferimentos provocados por uma derrocada num aposento em construção no palácio papal (HPH, 2003).

A população do concelho de Matosinhos desde há muitos anos é dotada de infra-estruturas de saúde, integrada no SNS, com elevado grau de diferenciação e qualidade, nomeadamente o Hospital Pedro Hispano, o qual funcionava numa zona central da cidade. Esta organização, na diversidade e qualidade de serviços que sempre prestou, estende a sua área de influência pelos Concelhos da Maia, Vila do Conde e Póvoa do Varzim, (para os quais foi, e continua a ser, considerado hospital de referência para um grande número de valências), mas também para outros concelhos com incidência na zona ocidental da cidade do Porto (Neiva, 2001).

Reconhecendo-se que a melhoria dos Serviços de Saúde passa por uma correcta articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos surge para tentar dar resposta a este novo desafio. A configuração desta nova realidade, passou pela integração do HPH e de unidades de cuidados de saúde primários, ou seja, *“os quatro Centros de Saúde e respectivas extensões, existentes no Concelho, de forma a conseguir a mobilização optimizada de recursos em proveito da melhoria dos serviços a proporcionar ao universo dos utentes”* (Neiva, 2001: 4).

Assim, em 9 de Junho de 1999, uma única identidade passa a englobar o HPH, os Centros de Saúde da Senhora da Hora, Leça da Palmeira, Matosinhos e de S. Mamede de Infesta: a ULS de Matosinhos. Esta nova entidade foi assumida pelo poder político como uma experiência inovadora, pioneira no país, a quem foi confiada a missão de zelar pela saúde dos habitantes do Concelho de Matosinhos em todas as suas vertentes: saúde pública, cuidados primários e cuidados hospitalares. A esta organização cabe uma responsabilidade acrescida no sentido de que, sendo única no país, o seu nível de desempenho seria determinante na adopção futura de idênticos modelos, a nível nacional.

Este contexto de inovação tem por base uma articulação conducente à melhoria na acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde primários através de uma melhor cobertura, acessibilidade e da valorização da função das equipas de saúde. As últimas deverão constituir a linha da frente na salvaguarda de saúde dos utentes, encaminhando-os, em caso de necessidade, para os serviços hospitalares que deverão estar aptos a assegurar a retaguarda. A reorganização jurídica destas organizações perspectivou-se num contexto que se fez acompanhar da incontornável reorganização das estruturas físicas onde algumas delas funcionavam.

Assim, o HPH funciona num edifício novo, inaugurado em 1997, localizado na Rua Dr. Eduardo Torres, freguesia da Senhora da Hora, Matosinhos, implantado num terreno de dez hectares, com uma área de construção de 51.000 metros quadrados. Por sua vez, os espaços físicos onde funcionam os Centros de saúde sofreram também alterações estruturais, mais ou menos profundas, consoante as necessidades. O Centro de Diagnóstico Pneumológico, Saúde Escolar, Unidade de Saúde Pública e Centro de Saúde de Matosinhos, com as Unidades Familiares Atlântida, Oceanus e Horizonte, passaram a ocupar as instalações do antigo hospital, que comumente a população designa por “Hospital Velho” (HPH, 2003).

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos, constituída por: Hospital Pedro Hispano, Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira, embora criada pelo Decreto-lei n.º 207/99 de 9 de Junho, o seu Conselho de Administração apenas entrou em funcionamento em Outubro do mesmo ano (HPH, 2003).

Ao ser criada, a ULS é tutelada e sujeita à superintendência dos Ministérios da Saúde e das Finanças. O Conselho de Administração é “...constituído por sete elementos: três têm poderes executivos (o Presidente do Conselho de Administração e dois Vogais) e os restantes quatro são vogais não executivos (Director Clínico Hospitalar, Director Clínico para os Cuidados Primários, Enfermeiro Director e representante do Município)” (HPH, 2003: 1).

À data, era uma unidade piloto, apresentando, relativamente às instituições do Sistema Nacional de Saúde, duas inovações fundamentais, no que respeita à sua natureza e às suas atribuições. No que se reporta à natureza, tratava-se de um estabelecimento

público, de natureza empresarial, dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Apesar de não ser a única instituição do SNS com estas características, a Unidade Local de Saúde Matosinhos era o resultado da agregação de organismos que não dispunham de tal natureza e que já se encontravam em pleno funcionamento e com os seus quadros já preenchidos. Na altura, o estatuto de entidade empresarial convivia com uma relação de trabalho quase exclusivamente baseada num vínculo de contrato público (HPH, 2003).

No que diz respeito às suas atribuições, cabe à ULS a prestação global de cuidados de saúde (preventivos, curativos e de reabilitação), bem como assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área do Concelho de Matosinhos. Isto permite a racionalização na articulação entre os diferentes níveis de cuidados, correspondendo esta, estruturalmente, ao fulcro estratégico de orientação da actuação da ULS. Destacamos ainda a responsabilidade directa e global da Unidade Local de Saúde perante a população que serve (HPH, 2003; ULS, 2003).

No sentido de dar resposta a estas exigências, segundo Neiva (2001), foram avançadas cinco linhas estratégicas fundamentais:

- I- Concretização da ULS como entidade integradora da prestação de cuidados de saúde à população do Concelho de Matosinhos;*
- II- Manutenção e potenciação do HPH como Unidade prestadora de cuidados hospitalares qualificados que, em determinadas valências, exceda a população de referencia;*
- III- Estabelecimento de uma cultura organizacional centrada na responsabilização, qualificação e desempenho;*
- IV- Implantação de um modelo de eficiência e de racionalidade económico-financeira;*
- V- Integração e aperfeiçoamento do sistema de informação existente (ibidem, 2001: 4).*

Assim, face ao enquadramento destas linhas estratégicas foram definidos os programas de actuação, que constituíram o eixo das acções empreendidas pela ULS, no seu primeiro ano de actividade. O sucesso deste projecto-piloto estava extremamente

dependente do desenvolvimento de uma rede de comunicação que contribuísse para o desenvolver de uma relação de confiança e cooperação recíprocas entre a população e a ULS (Neiva, 2001).

É obvio que num concelho de contrastes entre centro piscatório, zona de veraneio, pólo industrial e portuário e zona residencial, o sucesso da operacionalização dos conceitos subjacentes à nova forma de organização dos serviços de saúde, no contexto local, exige alterações profundas de ordem cultural, quer por parte dos profissionais, quer por parte da população (Baptista, 2001). Para tal, a ULS, “...*enquanto modelo inovador do Sistema Local de Saúde conta com a participação do poder autárquico (Câmara Municipal de Matosinhos) no seu Conselho de Administração. Esta proximidade entre as instituições e seus responsáveis executivos permite agilizar a tomada de decisões e a concretização, no terreno, dos planos de acção*” (Filipe, 2001: 7).

No que concerne ao contexto específico em estudo, o Hospital Pedro Hispano tem uma organização assente nos princípios da organização predominantemente departamental, camas neutras e de gestão centralizada, áreas funcionais como zonas de apoio e utilização, onde o departamento “...*constitui um conjunto de valências ou serviços técnica e fisicamente integrados, grande volume de doentes e elevados recursos técnicos e humanos*” (Osório, sd: 1).

Segundo o mesmo autor, a dinâmica da vida hospitalar não se compadece com regras de funcionamento muito rígidas e como qualquer outra organização necessita de princípios directores, deixando às circunstâncias, à criatividade das pessoas, dos departamentos e dos serviços uma grande liberdade de acção.

As áreas clínicas do Hospital estão profundamente ligadas à sua gestão económico-financeira – daí a responsabilidade acrescida das chefias, pois a sua actividade não se esgota nos aspectos técnico-científicos, sendo estes responsáveis pelos níveis de qualidade e eficiência da organização e pela repercussão que tal terá a nível individual e colectivo (Osório, sd).

Esta organização serve uma população de cerca de 400.000 habitantes. Dispõe de 427 camas distribuídas por enfermarias de três camas, sendo que, as Unidades de Cuidados Intermédios dispõem de seis camas e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, dispõe de oito camas (duas para isolamento de utentes) (HPH, 2003; Ministério da Saúde, 2004a).

Nos diversos Serviços também existem camas, em quartos individuais, destinadas ao isolamento de utentes. O Hospital dispõe, ainda, de 24 quartos particulares, que, à data, estão desactivados (HPH, 2003).

Os serviços clínicos do Hospital contemplam os seguintes Departamentos, Serviços e Especialidades:

- Departamento de Medicina: Medicina Interna: Cardiologia, Neurologia, Pneumologia, Hematologia, Endocrinologia, Dermatologia, Infecçologia, Gastroenterologia;
- Departamento de Cirurgia: Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica;
- Departamento de Ginecologia e Obstetrícia;
- Departamento de Anestesiologia: Anestesiologia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Unidade de Dor Crónica;
- Departamento de Imagiologia: Radiologia Geral, Neurorradiologia, Medicina Nuclear;
- Departamento de Pediatria: Pediatria e Neonatologia;
- Serviço de Anatomia Patológica;
- Serviço de Hemoterapia;
- Serviço de Medicina Física e Reabilitação;
- Serviço de Neurocirurgia;
- Serviço de Oftalmologia;
- Serviço de Ortopedia;
- Serviço de Otorrinolaringologia;
- Serviço de Patologia Clínica;
- Serviço de Urologia (HPH, 2003).

Para assegurar o funcionamento dos diferentes serviços, em termos de recursos humanos, hospital dispõe de quinhentos e dezassete (517) médicos, setecentos e vinte e dois (722)

enfermeiros, cento e quinze (115) técnicos de diagnóstico e terapêutica e seiscentos e oitenta (680) outros profissionais (Ministério da Saúde, 2004a: 84).

Segundo o Decreto-Lei n.º 126/2003 de 24 de Junho, “*em Dezembro de 2002, foram publicados 31 diplomas que procederam à transformação em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos de uma significativa parcela de estabelecimentos de saúde*”, nos quais estava incluída a ULS de Matosinhos. Segundo o artigo 1º do referido DL (com efeitos a partir de 9 de Dezembro de 2002), esta Unidade “*...é transformada em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, com a designação de Unidade Local de Saúde de Matosinhos, S.A.,... titular do número de identificação de pessoa colectiva 506361390*”.

A ULS S.A. passa a ser constituída pelas seguintes unidades de prestação de serviços: Unidade de Saúde Pública, o HPH, os Centros de Saúde de Leça da Palmeira, de Matosinhos, da Senhora da Hora e de S. Mamede de Infesta, respectivas extensões e o Centro de Diagnóstico Pneumológico (ULS, 2003).

Com base na alteração do regime jurídico da ULS e respectiva passagem a ULS S.A., esta entidade passou a partir de Outubro de 2003 a ter um novo regulamento. Assim, conforme o artigo 2º do mesmo, a ULS tem como “visão” obter a excelência na integração entre os cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados, constituindo modelo de referência nacional desta integração. A sua “missão” consiste em identificar necessidades de saúde da população do Concelho de Matosinhos e dar-lhes uma resposta integrada, oferecendo um contínuo de cuidados e serviços, disponíveis através de uma rede de serviços de fácil acesso de circulação que permitam ganhos em saúde, com uma eficiência técnica e social de nível superior, prestando ainda cuidados hospitalares directos à população.

Das “atribuições” destacamos: a) Prestar cuidados primários de saúde à população do Concelho; b) Prestar cuidados diferenciados de saúde às populações residentes na sua área de influência; c) Assegurar actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde no Concelho; d) Participar no processo de formação pós-graduada de profissionais do sector, mediante a elaboração de acordos com as entidades competentes (ULS, 2003).

3.2. PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO EM QUALIDADE

A qualidade é uma referência incontornável da sociedade actual e uma exigência em todos os ramos de actividade humana. A saúde acompanhou essa evolução e é possível, para esse facto, descrever razões de índole profissional, ética, política, económica, e social. A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde oferecidos aos cidadãos assume-se como um desafio transversal às sociedades modernas, sendo da responsabilidade de todos os profissionais envolvidos. A garantia da qualidade tem assumido uma importância crescente, na medida em que se tem vindo a verificar um aumento das expectativas da sociedade face à qualidade de cuidados que lhe são oferecidos, uma maior pressão social relativamente à qualidade dos mesmos, uma maior competição na área da saúde que tem conduzido a melhoramentos tendo em vista a melhoria da qualidade, o que tem repercussões em toda a organização e também o desejo dos profissionais em proporcionarem cuidados de qualidade aos utentes (Sale, 2000).

Não obstante a grande discussão sobre a temática, não se chegou a consenso sobre a definição de qualidade. Consideramos interessante a posição de Pirsig (1987), citado por Kemp e Richardson (1995: 1), que, debatendo-se com profundas reflexões nesta área, declarou que a qualidade não é passível de ser definida, entendendo-a como “...*uma força motriz dentro de nós que nos impele a procura da melhoria; uma forma especial de um crescente nível de consciencialização que varia de indivíduo para indivíduo (...) sem o qual a vida seria simplesmente viver sem algum valor ou qualquer propósito*”. Para efeitos do nosso estudo posicionamo-nos na definição da WHO (2003), a qual considera qualidade como:

“...a character, characteristic, or property of anything that makes it good or bad, commendable or reprehensible; thus, the degree of excellence that a thing possesses”.

A “garantia da qualidade” é também uma expressão para a qual existem muitas definições. Sale (2000: 53) entende a garantia da qualidade como “...*a medida do nível do serviço prestado num dado momento e do esforço que existe para modificar, quando necessário, a prestação do serviço em causa à luz dos resultados dessa avaliação*”. O objectivo da garantia da qualidade em enfermagem consiste em “...*assegurar ao*

consumidor de cuidados de enfermagem que estes possuem um grau específico de excelência proveniente das suas contínuas medição e avaliação” (Schamdl, 1979 cit. por Sale, 2000: 27).

Aponta-se para que os primeiros estudos em garantia da qualidade tenham sido realizados por Romanos que, ao que tudo indica, terão feito registos sobre a eficiência dos seus hospitais militares. Também se atribui aos monges algum trabalho nesta área, na medida em que estes teriam que prestar contas dos cuidados que prestavam aos doentes. Segundo Sale (2000: 13), possivelmente, “...a primeira prova documentada sobre a avaliação de cuidados em enfermagem remonta ao século XVIII, quando John Howard e Elizabeth Fry descrevem a qualidade dos cuidados prestados aos doentes nos hospitais que visitaram”. Porém, em geral admite-se que “...o primeiro registo de qualquer estudo sistemático de enfermagem e cuidados de saúde foi feito por Florence Nightingale durante a sua estadia na Crimeia” (Kemp e Richardson, 1995: 4), encontrando-se nas suas “Notas sobre Enfermagem” referências à qualidade dos cuidados.

Nos EUA, desde o início do século vinte que as reflexões sobre a qualidade se afirmaram no seio dos serviços de saúde. Não obstante a promoção da saúde constituir uma política fundamental das autoridades públicas e, conseqüentemente, do poder político, a prestação dos cuidados de saúde permanece como um dos mais complexos e problemáticos domínios da economia moderna, donde a criação de sistemas de qualidade em saúde se tem revelado uma acção prioritária dos políticos, gestores e profissionais da área (Boavista *et al*, 2000).

Embora desde sempre tenha sido uma preocupação implícita, em Portugal é relativamente recente o discurso consistente à volta desta problemática. Só partir do fim da década de 80 do séc. XX, a qualidade em saúde passou a ser sistematicamente considerada, pelo menos sob o ponto de vista do discurso estratégico. Daí que, segundo Pisco (2000), ainda seja grande o potencial de transformação e de inovação dos Serviços de Saúde, sendo necessário investir na melhoria permanente da qualidade voltada para o atendimento das necessidades, das expectativas e da satisfação da população que recorre aos cuidados de saúde, bem como o aumento da satisfação dos próprios profissionais e da melhoria da organização e gestão das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Numa sociedade marcadamente invadida pelas preocupações da qualidade em todos os sectores da actividade pública na saúde, “...*iniciativas nacionais acolhem as recomendações internacionais, nomeadamente, a Recomendação n.º 17/97 do Conselho da Europa sobre o desenvolvimento e implantação de sistemas de melhoria da qualidade nos cuidados de saúde. (...) Muito embora as confusões semânticas se multipliquem, as sobreposições de conceitos possam desfocar objectivos e a multi-factorialidade da qualidade possa tornar difícil a medição dos progressos, uma coisa porém todos sabemos: os cidadãos de um país, no seu conjunto, são capazes de identificar, ou pelo menos sentir, a qualidade do seu sistema de saúde*” (Campos, 2001: 3).

Em consequência da identificação da necessidade de se adoptar uma estratégia global e integrada de desenvolvimento da qualidade de cuidados de saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, no final de 1998 é apresentado o Sistema Português de Qualidade em Saúde e em 1999 criado o Instituto de Qualidade em Saúde (IQS) pela “...*Portaria n.º 288/99 de 27 de Abril, e que é um serviço dotado de autonomia científica, técnica e administrativa*”, ao qual cabe um papel preponderante na definição e desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde a nível nacional (Pisco, 2000: 1).

Segundo o mesmo autor, que preside às actividades do Instituto da Qualidade em Saúde, a ideia que para se obter mais e melhores cuidados de saúde é necessária uma grande compreensão, colaboração e cooperação entre todos os agentes envolvidos na prestação de cuidados, tornando-se fundamental incentivar a melhoria permanente dos serviços e profissionais envolvidos, promovendo a formação de uma nova mentalidade, centrada no desenvolvimento profissional contínuo, no trabalho em equipa, na educação permanente, que permita a todos os profissionais desenvolverem-se e superar as dificuldades com criatividade, empenho e participação (Pisco, 2000).

Também, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OEP) considera que “*as associações profissionais da área da saúde jogam um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas*” (OEP, 2004: 1). Neste contexto, o Conselho de Enfermagem da OEP desenvolve esforços conducentes à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, tendo definido padrões de qualidade dos

cuidados de enfermagem. A garantia da qualidade em enfermagem consiste em assegurar aos utentes a qualidade dos cuidados que lhe são prestados, para tal é essencial a definição de padrões que nos permitam avaliar até que ponto os cuidados prestados estão em conformidade com os padrões estabelecidos. Teremos então padrões de medida com os quais poderemos medir a qualidade do que fazemos (Kemp e Richardson, 1995).

De acordo com a OEP (2004), estamos convictos que as organizações de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à implementação e consolidação de projectos de qualidade, de modo a que estes se tornem parte integrante da prática em vez de entrarem em conflito com ela.

Ainda neste âmbito, o Sistema da Qualidade em Saúde definia como tarefa primordial da Administração da Saúde o desenvolvimento de uma política de qualidade explícita e de âmbito nacional, prevendo-se a constituição de um Programa Nacional de Acreditação e de uma Comissão Nacional de Acreditação.

Face aos desenvolvimentos entretanto ocorridos, a 17 de Março de 1999 é assinado um protocolo entre o Ministério da Saúde e o *King's Fund Health Quality Service* (KFHQ), o qual decorre de uma clara opção por uma metodologia de desenvolvimento da qualidade dos cuidados de saúde hospitalares, congruente com a necessidade de “...*criar uma cultura da qualidade homogénea e integradora no seio das organizações hospitalares*” e com o grande interesse e motivação que a acreditação tem suscitado, a nível internacional, nos últimos anos (França, 2002: 1).

O *King's Fund* tem origem no *King Edward's Hospital Fund for London*. É uma fundação independente, sem fins lucrativos, fundada em 1897 pelo Príncipe de Gales, mais tarde Rei Eduardo VII. Esta entidade tem como missão “...*contribuir para estimular a boa prática e inovação em todos os aspectos dos cuidados de saúde e gestão*”, em Inglaterra e a nível internacional (IQS, 2002: 15).

A *European Organization for Quality Control* entende por programa de qualidade um conjunto de actividades, recursos e acontecimentos documentados que servem para implementar o sistema de qualidade de uma organização. O programa do *King's Fund* é apenas um, entre vários programas que as instituições de saúde têm ao seu dispor. Não havendo um modelo único, “*as diferenças entre os diversos serviços de saúde, têm originado respostas com características próprias, encontrando-se todavia perspectivas e*

processos comuns conducentes à melhoria da qualidade” (Ganopa, 2001: 11). À luz desta concepção, o programa de acreditação dos Hospitais Públicos Portugueses, tem por base a metodologia do KFHQS, a qual está a ser implementada ao abrigo da parceria entre esta entidade e o IQS, num horizonte temporal de cinco anos, a terminar em Setembro de 2004.

A acreditação é um processo que está relacionado com a avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados. Esta consiste num “...*reconhecimento profissional e nacional reservado às instituições que prestam cuidados de saúde de elevada qualidade*”, sendo as instituições prestadoras de cuidados de saúde que solicitam voluntariamente a sua avaliação de acordo com os padrões profissionais de elevada qualidade (Sale, 2000: 30).

A acreditação é um sistema de auditoria organizacional que decorre em etapas

- Desenvolvimento de normas organizacionais que dizem respeito a sistemas e processos de prestação de cuidados de saúde – estas normas são estabelecidas após consultas às organizações profissionais relevantes e são revistas anualmente para garantir a actualização das tendências no campo da saúde;
- A implementação das normas – os vários organismos de acreditação providenciam material e linhas de orientação para a interpretação das normas;
- Avaliação da adesão às normas por meio de um inquérito conduzido por uma equipa treinada e escolhida pela sua perícia num serviço de saúde específico.

A metodologia do programa de Acreditação em Qualidade Organizacional do *King's Fund*, apresenta como principais vantagens, “...*as que decorrem do facto de ter sido especificamente desenhada para os hospitais e de abranger toda a organização e não apenas partes isoladas e estanques de uma instituição*” (França, 2000: 1). Esta metodologia de acreditação compõe-se de um conjunto de passos de efectivação obrigatória e sequencial: introdução aos padrões e critérios, auto-avaliação e desenvolvimento organizacional, revisão por pares, terminando com o relatório final e decisão de acreditação.

Neste processo, a comunicação interna da organização e o envolvimento de todos os profissionais constituem elementos essenciais ao desenvolvimento do mesmo. A comunicação e informação eficazes são essenciais, na medida em que contribuem para o envolvimento total, permitindo gerar e manter o entusiasmo de toda a organização pela compreensão da razão de ser das acções e dos objectivos a atingir (Oliveira, 1998).

No decurso dos cinco anos de trabalho em parceria entre o KFHQS e o IQS, foram vários os Hospitais Públicos Portugueses que aderiram voluntariamente ao programa de acreditação do *King's Fund*, entre os quais a ULS de Matosinhos, da qual faz parte integrante o Hospital Pedro Hispano. Esta Unidade adere ao programa de acreditação no início de 2002, tornando-se num dos hospitais piloto a afirmar o seu percurso de edificação da qualidade.

Segundo Morujão (2001a), a adesão a este programa é resultado, por um lado, da forte convicção de que quanto mais irreversível e de maior custo é o processo de produção de um bem ou serviço, maior é o empenho que tem que existir para conseguir um processo de produção que garanta a melhor qualidade possível do produto final; por outro lado, da consciência de que a principal fonte de falta de qualidade tem origem no processo de produção dos serviços da organização e não no desempenho individual. O sucesso de uma organização “...depende não só dos indivíduos que a constituem, como também da forma como estes interagem (...) se os seus colaboradores não comunicarem eficazmente, se estiverem sempre em conflito e não se encontrarem motivados, os resultados da organização estarão muito aquém do que é desejável” (Oliveira, 1998: 22). Neste âmbito, o trabalho em equipa é fundamental, pois permite a partilha de conhecimentos e experiências, ajuda a ultrapassar barreiras funcionais e hierárquicas, contribui para a minimização de sentimentos de insegurança face à mudança, ajuda a resolver problemas complexos e a avançar mais rápido do que quando se trabalha isoladamente (Bento, 1998).

Morujão, clínico responsável pelo grupo da qualidade do HPH, actual Director do mesmo, considera que com a implementação do programa do HQS no Hospital, se conseguiram importantes melhorias a nível organizacional. Essas melhorias são tanto mais importantes quanto é certo que, por serem de carácter organizacional, são sustentadas no tempo (Morujão, 2001b). No contexto do decurso da implementação deste programa, as auditorias ao HPH decorreram no período de 26 a 30 de Abril de 2001, tendo o mesmo sido acreditado em 17 de Abril de 2002 (Ramos, 2002: 9).

Considerado, essencialmente, um processo de auto-avaliação, o programa do HQS tem como referência uma estrutura de normas organizacionais que constituem determinados patamares de desenvolvimento da qualidade dos serviços de saúde. Entre estas normas organizacionais encontramos a “Norma 51” que se reveste de especial

interesse para os profissionais de enfermagem, na medida em que contempla um conjunto de critérios de gestão de pessoal, de desenvolvimento e formação do pessoal, de políticas e procedimentos que fazem referência explícita à necessidade de disponibilizar supervisão clínica ao pessoal de enfermagem, incluindo alunos de enfermagem.

No nosso País, os debates consistentes em torno da problemática da SCE são fruto da adesão e institucionalização dos programas de acreditação da qualidade. Abreu (2002) refere mesmo que estes trouxeram à discussão temáticas da área da formação clínica dos enfermeiros, das experiências de *preceptorship* e *mentorship*, qualidade de cuidados, aprendizagem pela experiência e educação informal, que fizeram emergir a problemática da supervisão das práticas clínicas. Inclusivamente, “*as próprias normas constantes de diversos programas de auditoria e acreditação fazem referências explícitas à supervisão clínica na área da enfermagem*” (ibidem, 2002: 53).

As normas são “*...definições válidas e aceitáveis da qualidade dos cuidados. Elas não têm valor a menos que contenham critérios que permitam que os cuidados possam ser medidos e avaliados em termos de efectividade e qualidade*” (Sale, 2000: 54). As normas devem ser criadas pelo pessoal que trabalha nas áreas clínicas, de acordo com os tópicos seleccionados, sendo definidas em função da necessidade de resolução de problemas ou dirigidas a uma área de interesse particular para os serviços. Sendo bem expressas, as normas permitem aos profissionais descrever, numa terminologia mensurável, as suas práticas, o que é necessário, inclusivamente, para saber os resultados esperados (ibidem, 2000).

As normas de orientação clínica (NOCs), designadas em Inglês por *guidelines*, têm sido propostas como um modo de apoio à tomada de decisão, constituindo-se deste modo como instrumento de qualidade dos actos dos enfermeiros. Estas possuem o potencial de melhorar os resultados (*outcomes*), minimizar os riscos e aumentar a eficiência dos cuidados de enfermagem. Estas são definidas como um conjunto de recomendações, desenvolvidas de maneira sistematizada, que se destinam a apoiar o técnico de saúde e também o utente, na tomada de decisões acerca dos cuidados de saúde, em situações específicas (Carneiro, 2001).

Como já referimos, a norma do KFHQS que faz referência explícita à SCE aponta para que, relativamente ao critério da gestão de pessoal, todos os enfermeiros tenham

acesso a aconselhamento profissional de enfermagem, sempre que os serviços estão a funcionar e que todos os enfermeiros recentemente qualificados tenham um enfermeiro responsável pela sua integração no serviço. No que diz respeito ao critério de desenvolvimento e formação do pessoal, é determinado um período de tempo a ser disponibilizado para a actualização profissional e formação contínua (de acordo com legislação em vigor), explicitando que a formação e treino adicional deve ter supervisão contínua apropriada para apoiar os enfermeiros a desenvolverem-se no âmbito da sua prática profissional. É ainda clarificado que neste sentido, a SCE deve fomentar a reflexão sobre a prática clínica (King`s Fund, 2000).

No sentido de conseguir a conformidade desta norma, muitos têm sido os esforços desenvolvidos pelo HPH. Os seus Dirigentes, Chefias, Enfermeiros da prática clínica e Responsáveis pelo Centro de Formação Multidisciplinar têm articulado esforços no sentido de alargar o debate sobre a temática e ampliar os conhecimentos sobre a mesma. O trabalho desenvolvido já é bastante consistente, pois através de parcerias com algumas Escolas Superiores de Enfermagem do Porto, bem como com a participação em projectos internacionais, têm sido levados a cabo alguns projectos de investigação na área da SCE, o que pensamos ser um grande contributo para o desenvolvimento das práticas clínicas e formação profissional, bem como da própria instituição.

Sendo bem expressas, as normas permitem aos profissionais descrever, numa terminologia mensurável, as suas práticas, o que é necessário, inclusivamente, para saber os resultados esperados Sale (2000). A autora refere ainda que, no passado, o facto de não termos sido explícitos sobre aquilo que fazíamos, levou a que pessoas com formações diferentes da nossa ficassem com uma noção pouco clara do que era o nosso papel e responsabilidades.

Entendemos que a atitude inovadora e proactiva desta instituição de saúde, sendo pioneira em várias áreas de intervenção, inclusivamente no que reporta à qualidade, constitui-se como unidade de referência no panorama da saúde em Portugal, dando um grande contributo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, através das acções de formação e investigação que tem proporcionado aos seus profissionais.

Existem vários níveis de monitorização da qualidade de cuidados prestados aos utentes, entre as quais podemos enunciar: a Comissão de Auditoria e a Auditoria Organizacional do *King's Fund Centre*.

A Comissão de Auditoria é responsável pela revisão das contas de todas as unidades do serviço de saúde, e pela fiscalização do uso dos recursos das autoridades de saúde em termos de economia, eficiência e eficácia. O objectivo desta Comissão é ajudar as pessoas que trabalham e gerem serviços a conseguirem prestar os melhores cuidados possíveis, dentro dos recursos económicos existentes (Sale, 2000).

A Auditoria Organizacional do *King's Fund* foi criada em 1989, no Reino Unido, com o desenvolvimento de normas para a organização dos cuidados de saúde apenas para alguns dos hospitais do país. Posteriormente alargou-se a outras instituições e em 1994, cento e cinquenta hospitais já tinham sido sujeitos a auditoria por este organismo, tendo-se estendido a sua acção a centros de saúde e à prática clínica em geral (Sale, 2000).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação é essencial para o avanço das diferentes disciplinas, contribuindo para a construção de um corpo de conhecimentos próprio, sendo incontestável a sua importância no reconhecimento das profissões. No entanto, não existe uma forma única de compreendermos a complexidade do mundo, daí que em investigação sejam vários os métodos utilizados pelos investigadores no estudo dos problemas que contribuem para o desenvolvimento da base científica das diferentes ciências (Polit *et al*, 1999).

Segundo Fortin (1999), os métodos de investigação científica utilizados pelos investigadores devem estar de acordo com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as suas preocupações e com os objectos da investigação. Em função das diferentes percepções da realidade inerentes a estes fundamentos filosóficos, constata-se o domínio de duas escolas de pensamento, no que refere ao desenvolvimento do conhecimento: a filosofia subjacente à corrente positivista e a filosofia subjacente à corrente naturalista.

Estas filosofias determinam paradigmas de investigação diferentes: o método quantitativo e o método qualitativo, respectivamente, que apesar de distintos não devem ser percebidos como dicotomizáveis.

Em função das questões em estudo, há investigações que implicam necessariamente uma descrição dos fenómenos; outras, uma explicação sobre a existência de relações entre fenómenos ou ainda a predição ou controlo dos mesmos. Neste sentido, podemos recorrer aos métodos de investigação quantitativo e qualitativo, na construção e desenvolvimento do conhecimento científico (Fortin, 1999), embora estas opções não signifiquem obrigatoriamente a existência de uma dicotomia.

No que refere à disciplina de enfermagem, o desenvolvimento da investigação está inerente à evolução da profissão, ao seu ensino e à prática, verificando-se que ao longo da sua história surgiram progressos neste domínio e mudanças de tendência e de orientação. Não obstante estas mudanças temos vindo a verificar que junto dos profissionais de saúde, o recurso a pesquisas de orientação qualitativa tem vindo a aumentar nos últimos anos, no estudo dos seus percursos e espaços de formação.

Para a concretização da presente investigação cujo o tema remete para “*Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional*”, tivemos como referência a metodologia qualitativa, pois, tal como referem Streubert e Carpenter (2002: 18), “*os investigadores qualitativos ocupam-se da descoberta através de diversos modos de compreensão. Fazem perguntas sobre os fenómenos específicos e encontram um método ou uma abordagem apropriada para responder. A descoberta delibera a escolha do método*”. Neste sentido, a nossa opção afigurou-se-nos como a mais adequada para a elaboração deste trabalho científico, na medida em que o recurso metodológico nos permitiu compreender, observar, descrever e interpretar os dados fundamentais para o desenvolvimento do mesmo.

“*Ainda que existam diversas formas de investigação qualitativa, todas partilham, até certo ponto, o objectivo de compreender os sujeitos com base nos seus pontos de vista*” (Bogdan e Biklen, 1994: 54). A investigação qualitativa permite-nos “*...compreender como o mundo é percebido pelos outros e como os outros lhe dão sentido*” (ibidem, 1994: 286), obrigando-nos a ver os comportamentos no seu contexto, não privilegiando os resultados sem detrimento dos processos. Neste estudo, revela-se particularmente adequada para dar resposta à nossa dúvida de partida.

1.1. INTERROGAÇÕES E MODO DE INVESTIGAÇÃO

Os investigadores que optam por metodologias qualitativas procuram descrever e compreender casos particulares (de indivíduos ou de grupos) para, em seguida, formular teorias mais gerais a partir da comparação entre vários casos. Estes tipos de teorias são normalmente denominados por “*...teorias enraizadas (grounded theories) ou teorias locais*” (Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin, 1990: 167).

Os mesmos autores referem-se ao estudo de caso como um modo de investigação em que o investigador está pessoalmente implicado na pesquisa, abordando o campo de investigação a partir do seu interior, pressupondo uma participação activa e uma análise profunda do tipo introspectivo (Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin, 1990).

Esta ideia informa, em parte, a nossa opção pelo modo de investigação estudo de caso. “*O estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto...*” (Bogdan e Biklen, 1994: 89), o que, nesta situação em concreto se torna particularmente útil, dado que estamos perante o estudo de uma Organização Hospitalar bem definida e com características particulares, cujos contornos serão estudados como típicos da mesma, pretendendo-se compreender e interpretar as representações sobre a SCE, na perspectiva dos enfermeiros que desempenham actividades de supervisão.

Neste contexto, sendo objectivo desta investigação trazer contributos para a definição de uma política de supervisão clínica organizacional, foram delineadas as seguintes questões de investigação:

- Que representações possuem os enfermeiros sobre a supervisão clínica em enfermagem?
- Quais os aspectos que os enfermeiros consideram mais problemáticos no âmbito do exercício profissional da supervisão?
- Qual o enquadramento institucional que deve possuir o modelo de supervisão clínica em enfermagem a desenvolver na instituição?

Nas nossas Organizações de Saúde a problemática da supervisão clínica assume, ainda, contornos mal definidos, tanto ao nível da dimensão teórica como da dimensão prática. No nosso País, a Organização Hospitalar em estudo tem sido pioneira nas discussões sobre a temática; uma discussão que se configura abrangente, com grande potencial de desenvolvimento e que pretende definir os contornos da SCE. Neste contexto, considerámos adequado o recurso a este modo de investigação, partilhando da posição Bonoma (1985: 207) ao considerá-lo pertinente “...quando um fenómeno é amplo e complexo, onde o corpo de conhecimentos existente é insuficiente para permitir a proposição de questões causais e quando um fenómeno não pode ser estudado fora do contexto no qual ele naturalmente ocorre”, mas também com a de Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin (1990), ao identificar no estudo de caso uma atitude própria das abordagens qualitativas situadas no âmbito do paradigma interpretativo.

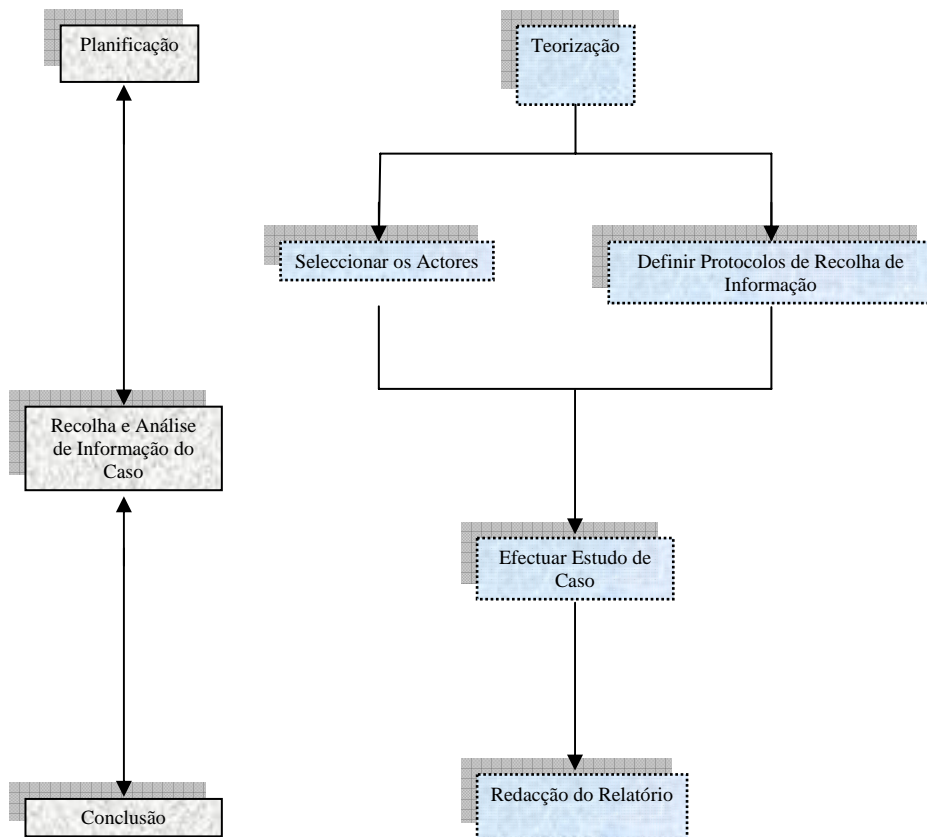
Por sua vez Yin (2003) afirma que o estudo de caso supõe uma abordagem empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de um contexto de vida real, quando a fronteira entre o fenómeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas. Este mesmo autor refere-se ainda a determinadas situações sob as quais se pode recorrer à utilização do método de estudo de caso, condições estas que nos parecem estar reunidas na nossa investigação:

- Para explicar situações da vida real que são muito complexas para serem abordadas pelos “*surveys*” ou pelas estratégias experimentais;
- Para descrever o contexto da vida real no qual ocorrem intervenções;
- Para fazer uma avaliação, ainda que de forma descritiva, das intervenções realizadas;
- Para explorar aquelas situações onde as intervenções avaliadas não apresentem resultados claros e específicos.

No que se refere às preocupações relativamente à utilização do estudo de caso, o mesmo autor refere o facto deste proporcionar uma pequena base para generalizações científicas uma vez que, por estudar um ou alguns casos, não se constitui em amostra da população e, por isto, torna-se sem significado qualquer tentativa de generalização para populações. No entanto, em determinadas situações, é possível proceder-se a generalizações do tipo analítico, estabelecendo-se padrões de comparação entre resultados obtidos em diversos estudos, respeitando a singularidade dos casos, e, definir hipóteses explicativas para determinados fenómenos (Yin, 2003).

Na nossa pesquisa, baseámo-nos também nas etapas propostas por Yin (1989) para a elaboração de estudo de casos, adaptando-as à elaboração de um estudo de caso único.

Figura 2 – O modo estudo de caso



Fonte: Adaptado de Yin (2003)

Baseando-nos, ainda, na perspectiva deste autor, a nossa preferência pela utilização do método de estudo de caso, deve-se ao facto de estudarmos uma problemática contemporânea, num contexto organizacional específico, numa circunstância que não previa a manipulação de comportamentos, mas apenas recolher as narrativas dos actores, face às suas vivências no desempenho de actividades de supervisão. Neste contexto, tendo por base o objecto de estudo e no sentido de procurar resposta para as questões de investigação já referenciadas, considerámos relevante abordar seis grandes áreas temáticas, apresentadas no quadro que se segue (Quadro 2), procurando-se granular um pouco mais a pesquisa, face a domínios específicos, dentro de cada área.

Tendo como referência as questões de investigação e as realidades empíricas, identificámos os seguintes blocos temáticos e respectivos domínios de análise:

Quadro 2 – Blocos temáticos em estudo

Blocos Temáticos	Domínios
Representações sobre o acompanhamento das práticas.	Representações sobre: A importância da supervisão O acompanhamento clínico O acompanhamento na área da formação O suporte pessoal e profissional; As dificuldades inerentes à função que desenvolve; Condicionantes da filosofia da qualidade e estratégias de certificação, na supervisão; O supervisor.
Designação e relações funcionais do supervisor.	Estratégia de designação do supervisor; Relação funcional com a chefia do serviço; Relação com os colegas de trabalho.
Relação com estruturas externas.	Projecção das actividades para o exterior; Tipos de articulação com os pares; Integração em outras estruturas organizacionais.
Caracterização da supervisão	Estratégias utilizadas no acompanhamento clínico de profissionais; Estratégias utilizadas no apoio de alunos; Tipo de dificuldades no acompanhamento de profissionais; Tipo de dificuldades no acompanhamento de alunos; Estratégias negociadas com as escolas no decurso do planeamento, execução e avaliação dos estágios.
Evolução do sistema de supervisão.	Perspectivas sobre a evolução do sistema de supervisão dos profissionais; Perspectivas sobre a evolução do sistema de supervisão de alunos; O papel das escolas.
Relação entre a filosofia de supervisão e o programa de qualidade.	Projecto de promoção da qualidade Organizacional; Contributos da supervisão clínica em enfermagem para a qualidade de cuidados.

1.2. ACTORES DO ESTUDO

Segundo Streubert e Carpenter (2002: 25) “*o envolvimento activo dos participantes no estudo permite a melhor compreensão das suas vidas e das suas interacções sociais*”. No entanto, estamos convictos de que, a partir da ideia geral daquilo que se pretende estudar, é fundamental a tomada de decisão do investigador relativamente ao plano de investigação, inclusivamente, “*...as pessoas com quem queremos falar, qual a hora e o dia em que o faremos,...*” (Bogdan e Biklen, 1994: 95).

Ao definirmos o foco do nosso estudo, uma das nossas opções metodológicas consistiu na identificação dos Enfermeiros das unidades de cuidados do Hospital Pedro Hispano como actores do mesmo. No entanto, sendo muito difícil podermos estudar exaustivamente todos os enfermeiros desta organização, optámos por delimitar o número de pessoas a entrevistar, recorrendo aos meios ao nosso alcance para nos certificarmos de que a nossa amostra nos permitisse compreender a variedade das narrativas e a variedade de perspectivas existentes (Bogdan e Biklen, 1994). Assim, optámos por estudar a problemática na perspectiva dos “Enfermeiros de Referência” que, dentro da organização, disponibilizam, mais sistematicamente, supervisão a alunos e profissionais e que, concomitantemente, tivessem integrado o grupo de trabalho criado no âmbito do debate sobre SCE, em curso no Hospital. No entanto como o número de profissionais nestas condições ainda é elevado, foi nossa preocupação identificar um número mais restrito de pessoas a entrevistar, com a condição de que estas fossem correctamente escolhidas, sendo possível obter as mesmas informações (Ghiglione e Matalon, 2001).

Contámos com a colaboração de um dos elementos de enfermagem responsável pelo Centro de Formação Multidisciplinar, com grande conhecimento do contexto organizacional e dos Enfermeiros da Instituição em particular, para a identificação de um grupo de enfermeiros que poderiam participar no estudo.

Tratou-se de uma amostragem de conveniência dos actores, escolhendo-se intencionalmente doze Enfermeiros de Referência que integram o grupo de trabalhos sobre a SCE em curso na Instituição e que desempenham funções de supervisores clínicos de profissionais e de estudantes de enfermagem.

Antes de terminar gostaríamos ainda de clarificar o conceito de “Enfermeiros de Referência” e a forma como o mesmo foi adaptado para a organização em estudo. O modelo designado por “Enfermeiro de Referência” é um modelo de organização de enfermagem que consiste na existência de um enfermeiro de referência para o utente. Segundo o que nos foi explicado por um elemento do Centro de Formação, foi feita a tentativa de adotar o modelo no HPH, no entanto, este nunca funcionou, tal como foi concebido, acabando por ser fonte de inspiração no sentido de “...reter os seus aspectos interessantes e criar no nosso contexto, o modelo mais adequado” (Hesbeen, 2001: 139). Na organização em estudo o “Enfermeiro de Referência” é um profissional de enfermagem que desempenha o papel de gestor de cuidados prestados aos utentes do serviço, bem como funções de supervisão face aos colegas e alunos em ensino clínico, sendo também um profissional de referência para o utente, família e comunidade. A organização entende que as grandes vantagens da existência deste profissional se centram, fundamentalmente, em personalizar os cuidados, evitar a sua fragmentação, aumentar a qualidade, aumentar a comunicação e colaboração na equipa multidisciplinar, aumentar a satisfação dos utentes e garantir a continuidade dos cuidados.

Assim, na nossa óptica, e apenas pelo conhecimento que temos do contexto, verificámos que na organização em estudo, o Enfermeiro de Referência é um profissional a quem é reconhecida, pelos seus superiores, mais experiência que aos pares, o qual tem um papel extremamente importante na orientação das práticas dos seus colegas, na integração de novos enfermeiros no serviço, no acompanhamento de alunos em ensino clínico e, também, como enfermeiro de referência para um determinado número de utentes internados no serviço.

É evidente que por detrás desta opção terá sido determinante a concepção que enfermeiros do HPH têm dos cuidados e do serviço que prestam à população.

1.3. TÉCNICA DE RECOLHA DOS DADOS

O ritmo de transformação das sociedades modernas exige que se observe a realidade de forma sistemática e precisa, no sentido de podermos acompanhar a evolução, no plano do conhecimento (Saint-Maurice cit. por Ghiglione e Matalon, 2001). A

concretização deste objectivo traduz-se na preocupação crescente que investigadores profissionais e académicos, das diversas áreas, utilizando linguagens e metodologias diferentes, têm demonstrado, na tentativa de descrever e explicar a realidade nas suas múltiplas dimensões.

Neste sentido, os investigadores encontram ao seu dispor um conjunto de técnicas que lhes permitem responder a estratégias metodológicas de natureza quantitativa e qualitativa. *“A este binómio correspondem diferentes preocupações, que não se excluem necessariamente – a de observar em profundidade as várias componentes de um problema e a de conhecer e medir comportamentos de uma população, em um ou mais domínios da vida social”* (Ghiglione e Matalon, 2001: xi).

A nossa selecção dos instrumentos a utilizar prendeu-se, fundamentalmente com o tipo de informação que pretendíamos recolher. Neste caso, tendo em vista as características e desenho do estudo, pretendíamos recolher informação de natureza qualitativa. Com a escolha de narrativas de prática, enquanto meio de observação central das práticas supervisivas dos actores, tornava-se possível a recolha de representações, opiniões e interpretações das práticas organizacionais, relativamente à supervisão disponibilizada. Não obstante nas estratégias metodológicas de natureza qualitativa possa *“...ser utilizada uma variedade de estratégias de recolha de dados”* (Streubert e Carpenter, 2002: 22), é mais comum, porque indicado, o recurso a diversos tipos de entrevista (não directiva, semi-directiva ou directiva) (Saint-Maurice cit. por Ghiglione e Matalon, 2001).

A entrevista é uma técnica de observação directa e intensiva. *“A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional (...) tem como objectivo principal a obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema”* (Lakatos e Marconi, 2001: 43), *“...é uma conversa com um objectivo”* (Bingham e Moore cit. por Ghiglione e Matalon, 2001: 64).

Neste contexto específico, o recurso à entrevista semi-estruturada, enquanto técnica de recolha de dados que sustentou a pesquisa, pareceu-nos o mais adequado, dado pretender-se aceder às narrativas de práticas dos actores, com vista ao estudo das suas opiniões, representações e perspectivas a ordem de colocação. Neste sentido, foi elaborado um guião de entrevista semi-estruturada (Anexo 1), apresentado sobre a forma de grelha,

do qual constam os sete grandes blocos temáticos a abordar, e sobre os quais incidiu a descrição dos eventos experienciados por cada narrador, os objectivos e alguns possíveis exemplos de questões a colocar (Frid *et al*, 2000: 695). Embora dos temas fosse livre, procurou-se, sempre que possível, respeitar a ordem pela qual os blocos temáticos se apresentam no guião, pois esta manifestou-se facilitadora da organização da própria entrevista, quer face ao investigador, quer face ao entrevistado, que assim conseguiu estruturar melhor a sua narrativa.

Quadro 3 – Blocos incluídos no guião da entrevista

Bloco I – Legitimação da entrevista
Bloco II – Representações sobre o trabalho e supervisão das práticas.
Bloco III – Designação e relações funcionais do tutor
Bloco IV – Relação com estruturas externas.
Bloco V – Caracterização da supervisão.
Bloco VI – Evolução do sistema de supervisão
Bloco VII – Relação do programa de promoção de qualidade e filosofia de supervisão

No decurso da pesquisa foram realizadas doze entrevistas semi-estruturadas, em contexto de trabalho, precedidas de três entrevistas de teste para validação do guião, através das quais concretizamos o objectivo de recolher as narrativas dos diferentes actores intervenientes no estudo. Em concreto, pretendeu-se com estas entrevistas recolher informação de natureza cognitiva e afectiva (Ghiglione e Matalon, 2001: 81).

Entre outros autores, Ghiglione e Matalon (2001) referem que a ambiguidade na abordagem do tema vai diminuindo entre a entrevista não-directiva ou livre (não estruturada), a semi-directiva (semi-estruturada) e a directiva ou standardizada (estruturada). Neste sentido o nosso recurso ao guião da entrevista foi fundamental, pois ajudou-nos a estruturar, proporcionando-nos um quadro de referência anterior que permitiu a colocação dos temas, introduzindo a conversa, de modo a que os actores desenvolvessem o seu próprio raciocínio e através das suas narrativas de práticas nos facilitassem as suas interpretações, através do quadro de referências individual (ibidem, 2001).

Pearson *et al* (1997), citados por Frid *et al* (2000), consideram que as narrativas e o desempenho/performance dos enfermeiros são caminhos importantes para que estes profissionais entendam as dificuldades inerentes às suas práticas. De acordo com estes autores, isto é terapêutica e profissionalmente importante desde que o profissional tenha oportunidade para reflectir, percebendo onde reside o foco das suas dificuldades.

Younger (1995), citado por Frid *et al* (2000), enfatiza o conhecimento profissional dos enfermeiros como um pré-requisito para apoiar e ajudar a pessoa em sofrimento a expressar a sua experiência. No entanto, se estes profissionais conseguirem expressar aos outros os seus conhecimentos e a sua reflexão, podem transformar as suas vivências individuais em experiências partilhadas, o que poderá constituir um grande contributo para a evolução do conhecimento em enfermagem. Assim, a reflexão sobre as práticas transforma as experiências em agentes da evolução pessoal e profissional dos enfermeiros.

Nos dias que antecederam a realização das entrevistas foi estabelecido um contacto prévio com os diferentes actores, com a finalidade de os conhecer, iniciando a construção de uma relação que nos permitisse estar mais à vontade e também com vista a obter o seu consentimento para a participação no estudo. Neste contacto foi também solicitado aos intervenientes a autorização para gravação da entrevista em fita magnética, ao qual todos responderam positivamente, garantindo-lhes que no final da transcrição da mesma, a fita seria destruída e que as narrativas seriam tratadas confidencialmente (Bogdan e Biklen, 1994).

Todas as entrevistas foram realizadas no contexto organizacional em estudo, no horário de trabalho dos profissionais, dado que estes assim o solicitaram. Assim, com excepção de duas entrevistas que decorreram numa sala de espera, todas as outras decorreram em espaços propícios ao decurso das mesmas.

Ao proceder a uma abordagem deste estudo através da recolha e análise de narrativas da prática, tomámos como referência a filosofia de Ricoeur (1984, 1991). Esta opção prende-se com o facto de investigações recentes considerarem as narrativas muito relevantes no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Entre outras, a teoria do “*Cuidar em Enfermagem*” sugere que as narrativas estão a começar a assumir um importante papel no desenvolvimento das ciências de enfermagem. O argumento é ontológico desde que as experiências vivenciadas pelos profissionais, quer no domínio da

prática, quer no domínio da investigação, possam ser exploradas através da narração (Vezeau 1994, Gadow 1995, Chinn *et al* 1997, Pearson *et al* 1997 cit. por Frid *et al*, 2000).

O termo “*Narrative*” foi introduzido no “*Cumulated Index of Nursing and Allied Health Literature*” em 1997, sendo descrito como “*an account of events experienced by the narrator*” (Frid *et al*, 2000: 695).

Boykin e Schoenhofer (1991), citados por Frid *et al* (2000), entendem as narrativas como um método de organizar e transmitir conhecimento de enfermagem. Sob este ponto de vista, consideram os eventos de enfermagem como uma unidade de conhecimento da profissão e a narrativa como uma recreação ou representação desses mesmos eventos. Desta maneira, o foco das narrativas permite que o conhecimento de enfermagem seja fundamentado em situações concretas, ou seja, que o conhecimento se construa a partir da reflexão sobre as práticas, logo, baseado na evidência.

Com base em reflexões sobre a formação e a “*experencialidade*”, Correia (1997) considera que o trabalho de formação em torno das “*histórias experienciais*” tem procurado desenvolver dispositivos de escuta e interpretação das experiências e dos saberes a elas associadas para promover uma rearticulação e recontextualização que as projecte no futuro. O autor admite ainda que narrar não é descrever: é reescrever, subentendendo-se que interpretar a narrativa experiencial não é interpretar objectivamente o presente como um encadeamento causal de um passado: é subjectivá-lo para os projectar no futuro. O trabalho da formação experiencial não é, decisivamente, de natureza retrospectiva, mas de natureza prospectiva (ibidem, 1997).

Uma narrativa é criada pela narração de uma pessoa. De acordo com Ricoeur (1984), a narração significa uma actividade onde o aspecto interessante é “*...a actividade que produz enredos...*” em vez do próprio enredo. Através da narração a realidade e os problemas que a constituem podem ser reformulados, vendo-a como um processo dinâmico. A narrativa cria uma imitação inovadora de algo que aconteceu previamente, reconstruindo a prática (*praxis*). A narração não funciona como uma repetição, cria uma descrição nova, reformulada. A narrativa é assim capaz de trazer uma nova luz ao que previamente foi experienciado. Pela recreação da narrativa (*poiesis*), novos significados podem evoluir na imitação criativa (*mimesis*) da experiência de vida da pessoa (Ricoeur

1981, 1984, 1991 cit. por Frid *et al*, 2000). A narração envolve um processo criativo no qual o narrador e a realidade são “*renascidos*” transformando cada narração numa nova.

Para Ricoeur (1991), o mundo da narração não acumula livremente mas preserva e relaciona o mundo vivido do narrador. A narrativa contém uma direcção (*directness*) que permite transformar o todo em algo mais do que a soma das suas partes. Esta direcção depende da capacidade narrativa do narrador. O mesmo autor, descreve isto como uma habilidade para formular orações narrativas e uni-las numa narrativa coerente, onde as partes são relacionadas umas com as outras, contribuindo para uma explicação com ajuda de um enredo. Esta habilidade dá à narrativa um carácter heurístico e uma função mediadora, através da criação de uma ponte simbólica entre o passado, presente e futuro das pessoas, consegue mediar elementos múltiplos (aparentemente discrepantes), através de uma síntese heterogénea sustentada numa experiência humana concreta à realidade, mas envolvida numa situação relacional, uma vez que a narrativa assume sempre um tipo de situação de diálogo.

Segundo Frid *et al* (2000), Ricoeur (1978) descreve a narração como um caminho para o mistério da criatividade. As narrativas contêm frequentemente uma riqueza de imagens carregadas de símbolos das experiências vividas pelo narrador. A narrativa pode também ser vista como uma forma de discurso com grande potencial de expressar o processo de identidade.

O investigador de narrativas embora sujeito a múltiplas influências, deve assumir uma aproximação reflexiva à compreensão das narrativas dos actores, sendo estas consideradas relevantes para o conhecimento profissional (Frid *et al*, 2000).

Pretendemos ainda referir que à investigação qualitativa acrescem considerações de carácter ético, às quais estão sempre inerentes alguns aspectos críticos. Não obstante o nosso estudo não envolver utentes, enquanto actores directos, como já foi referido, tivemos presentes algumas questões a considerar, principalmente no que concerne a assuntos relacionados com consentimento informado, anonimato, confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relações actores-investigador.

1.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

A análise da informação é o processo de busca e organização sistemática da mesma, com o objectivo de a compreender e apresentar aos outros aquilo que se encontrou. A análise envolve o trabalhar da informação, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que deve ser transmitido aos outros (Bogdan e Biklen, 1994).

Segundo Yin (1989) o tratamento da informação, propriamente dito, consiste na etapa mais difícil e exigente da pesquisa qualitativa, porque as estratégias e técnicas de análise apresentam uma diversidade muito grande, sem no entanto terem sido definidas de maneira clara.

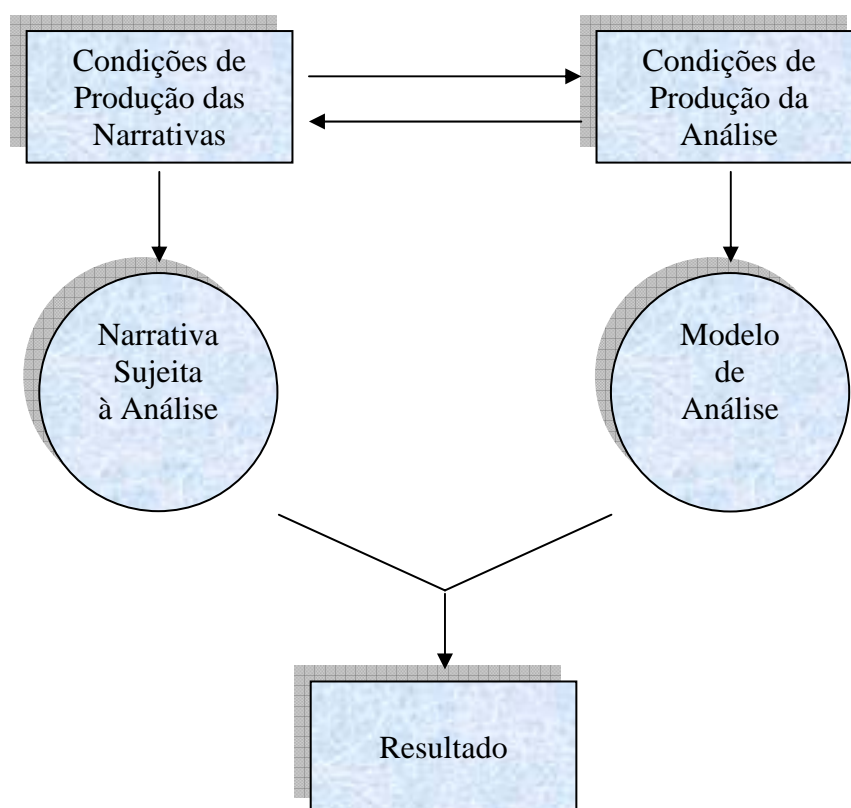
À medida que fomos realizando as entrevistas, gravadas em fita magnética, desde logo iniciámos a sua transcrição para suporte informático, o que se veio a revelar, quanto a nós, a tarefa mais árdua de toda a investigação. Cada entrevista durou em média cerca de 55 minutos. Os entrevistados, em número de doze, foram identificados com maiúsculas do abecedário, de “A” a “M”. O *corpus* de cada uma das entrevistas foi identificado, no cabeçalho, com o nome do narrador entrevistado e respectiva letra atribuída, a data e local em que esta ocorreu e o período de duração da mesma (Bogdan e Biklen, 1994). Terminada a transcrição das entrevistas confrontámo-nos com o *corpus* constituído pelas narrativas dos doze actores entrevistados.

Ainda que os investigadores tenham à sua disposição um variado leque de estratégias de análise da informação de natureza qualitativa, à luz da filosofia de Ricoeur (1984, 1991), à qual nos procurámos aproximar nesta investigação, não deve haver um só método para trabalhar com análise das narrativas, podendo-se recorrer à análise estrutural, à análise temática ou ainda à análise semântica (Ricoeur 1991). Neste contexto, atendendo ao objecto de estudo da nossa investigação, entendemos que esta seria passível de um tratamento relevante com base na análise de conteúdo temática das narrativas dos entrevistados, já sustentada na perspectiva da sua função heurística, segundo a qual a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta (Bardin, 2002).

A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação. “Como técnica pode integrar-se em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação e servir igualmente os diferentes níveis de investigação empírica” (Vala, 2003: 104). Por sua vez, Bardin (2002: 31) considera a análise de conteúdo “...um conjunto de técnicas de análise das comunicações (...) é um instrumento marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”. Neste contexto, de acordo com o autor, torna-se extremamente difícil definir o que é análise de conteúdo, a partir do seu território, visto que tudo o que é comunicação parece passível de análise. Assim, “...a técnica, se adequada ao domínio e ao objectivo pretendidos, tem que ser reinventada a cada momento” (Bardin, 2002: 31, 33).

Face a esta conjuntura, partimos para a análise de conteúdo das narrativas, seguindo o esquema proposto por Vala (2003):

Figura 3 – Procedimentos da análise de conteúdo



Fonte: Adaptado de Vala (2003)

Ao determinar qual o percurso a seguir na orientação da pesquisa, relativamente à análise de conteúdo, tomámos como referência um conjunto de operações propostas por Vala (2003: 109) consideradas, pelo mesmo, como indispensáveis qualquer que seja a orientação tomada pelo investigador:

Delimitação dos objectivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa

Tal como deve acontecer na investigação empírica, esta constituiu a primeira etapa do nosso processo, pois foi fundamental ter um conjunto de referenciais teóricos e objectivos que sustentassem a investigação e a própria análise de conteúdo.

Constituição de um *corpus*

Todas as narrativas dos nossos entrevistados foram recolhidas com vista à sua análise. Neste sentido, o *corpus* da nossa análise é constituído pelo conjunto das narrativas de práticas dos doze entrevistados.

Nesta fase, após uma leitura flutuante, fizemos uma leitura integral e repetida das narrativas. Destas leituras emergiu a necessidade de colocar o discurso produzido pelos narradores sob uma forma mais inteligível e de mais fácil abordagem, de modo a conservar apenas tudo o que nele é pertinente, e nada mais. Isto pressupôs, da nossa parte, enquanto investigadores, um conjunto de juízos e uma intervenção baseada no nosso quadro conceptual e objectivos da investigação. Com este procedimento obtivemos um resumo das narrativas resultante do isolamento daquilo que nos interessava em cada uma delas, o que, sob uma forma mais cómoda, nos permitiu uma análise mais granulada na definição de categorias (Ghiglione e Matalon, 2001).

Definição de categorias

Segundo Vala (2003) a categorização é uma tarefa que visa a redução da complexidade, a estabilização, a identificação, ordenação e atribuição de um sentido. Para este autor, a categoria é habitualmente composta por um termo-chave que indica a

significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o seu campo semântico.

Estamos em condições de dizer que na nossa pesquisa a técnica de análise de conteúdo usada foi auto geradora dos resultados (Ghiglione e Matalon, 2001, Vala, 2003), ou seja, os pressupostos teóricos não orientaram a construção do sistema de categorias, tendo este sido definido à *posteriori*. O nosso juízo face à inclusão de um determinado segmento de texto numa categoria pressupôs que tivéssemos detectado no mesmo, indicadores relativos a essa categoria. Estes indicadores passam a constituir conceitos através da atribuição de sentido, sendo importante verificar a sua validade (Vala, 2003: 111). Assim, do discurso que constituiu o *corpus* de análise das narrativas dos doze entrevistados, emergiu um conjunto de categorias em função a cada domínio em estudo (Quadro 4).

A partir destes procedimentos de análise e interpretação da informação elaborámos grelhas, onde constam os diferentes domínios em análise e respectivas categorias identificadas, face a cada um desses domínios (Anexo 3). Nestas grelhas podemos ainda encontrar unidades de contexto, ou seja, os segmentos de conteúdo, que identificámos ao examinar as unidades de registo, que os colocavam em determinadas categorias (Vala, 2003). Estas unidades de contexto, enquanto segmentos de conteúdo das narrativas dos diferentes actores podem ser identificados como (EA, EB, EC, ED, EE, EF, EG, EH, EI, EJ, EL, EM), respectivamente.

No que respeita à verificação da validade interna, apoiámo-nos no mesmo autor, quando ao terminar a identificação das categorias da análise nos assegurámos da sua exaustividade, ou seja, todas as unidades de registo podiam ser alocadas a uma categoria; e da sua exclusividade, ao validar que a mesma unidade de registo só pertencia a uma categoria.

Definição de unidades de análise

Também com base nos objectivos e problemática teórica que orientaram a nossa investigação procedemos à definição de unidades de contexto que constituem “*o segmentos determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria*” (Vala, 2003: 114).

Em todos estes procedimentos, à luz da filosofia de Ricoeur (1991), no decurso da análise repetida das narrativas recorreremos à nossa sensibilidade e capacidade crítico-reflexiva para compreender o seu conteúdo, a ideologia e a própria narrativa. Assim, à medida que fomos analisando as narrativas, foi-se alterando e ampliando a nossa compreensão sobre as mesmas.

No quadro que se segue estão identificados os domínios e as categorias do estudo:

Quadro 4 – Domínios e categorias

DOMÍNIO	CATEGORIAS
A importância da supervisão – IS	<ul style="list-style-type: none"> - Domínio e reflexão sobre a realidade - Apoio a alunos e profissionais - Segurança e qualidade de cuidados - Organização do trabalho
Acompanhamento clínico – AC	<ul style="list-style-type: none"> - Integração de alunos e profissionais - Suporte - Reflexão sobre as práticas/desenvolvimento de competências - Formação contínua - Continuidade e qualidade dos cuidados - Processo de prestação de cuidados
Acompanhamento na área da formação – AF	<ul style="list-style-type: none"> - Perspectiva ecológica - Identificação de problemas de formação - Motivação para a formação - Conhecimento dos diversos <i>currícula</i> - Pensar a própria formação
Suporte pessoal e profissional – SPP	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio emocional - Orientação e colaboração nas práticas - Reflexão e decisão sobre as práticas - Autonomização - Conquista de proximidade
Dificuldades inerentes à função – DF	<ul style="list-style-type: none"> - Situação emocional dos supervisandos - Reflexão partilhada sobre as práticas - Pouca familiaridade com o conceito de supervisão - Estratégias supervisivas

	<ul style="list-style-type: none"> - Aceitação do supervisor - Recursos e disponibilidade - Indefinição de funções
Condicionantes da filosofia da qualidade e estratégias de certificação na supervisão – CQS	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de procedimentos - Políticas de supervisão - Referências escritas/formalização da supervisão - Criação de auditorias - Segurança e qualidade dos cuidados - Melhoria organizacional - Relação escolas/serviços
O supervisor – SU	<ul style="list-style-type: none"> - Formação na área da supervisão - Características pessoais - Características profissionais - Aceitação pelo grupo - Funções
Estratégias de designação do supervisor – DS	<ul style="list-style-type: none"> - Quem designa - Critérios de escolha
Relação funcional com a chefia do serviço – RC	<ul style="list-style-type: none"> - Qualidade da relação - Grau de proximidade - Articulação
Relação com os colegas de trabalho – RCW	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de relação - Reconhecimento
Projecção das actividades para o exterior – PAE	<ul style="list-style-type: none"> - A nível do resultado dos cuidados - Através da formação - Projecção da instituição - Ganhos em saúde
Tipos de articulação com pares – TA	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de articulação - Problematização da supervisão
Integração noutras estruturas organizacionais – IO	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de integração - Actividades de formação
Perspectivas sobre a evolução do sistema de supervisão dos profissionais – PP	<ul style="list-style-type: none"> - Visibilidade da formação em serviço - Maior sensibilidade para o apoio pessoal e profissional - Reflexão sobre a função e as práticas - Institucionalização da supervisão clínica - Selecção e avaliação do supervisor

	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação específica
Perspectivas sobre a evolução do sistema de supervisão de alunos – PA	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento do currículo do aluno - Supervisão centrada no crescimento pessoal - Avaliação da supervisão - Formação na área da supervisão de alunos - Articulação com a escola - Formação de grupos de supervisores de alunos - Participação dos enfermeiros no planeamento do ensino clínico - Participação dos enfermeiros em actividades escolares
Papel das escolas – PE	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da relação escola/serviço - Participação das escolas na formação dos supervisores - Investimento das escolas nos ensinos clínicos - Articulação escolas/centro de formação - Parcerias
Contributos da supervisão clínica em enfermagem para a qualidade de cuidados – SCQ	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria global da qualidade - Formalização de uma filosofia de supervisão - Responsabilização profissional - Contributos para a formação profissional - Reflexão sobre as práticas - Contributo para o bem-estar pessoal e profissional - Humanização do cuidar

2. DO ACTO DE TRABALHO À SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS

A presente investigação consiste no estudo de um caso, cuja problemática desenvolvida fez emergir os grandes blocos temáticos em análise. Estes blocos constituem os eixos fulcrais desta investigação, a qual pretende trazer contributos para a definição de uma política de supervisão clínica na organização.

A metodologia utilizada procurou colocar em evidência as narrativas dos actores relativamente às dimensões em estudo, o que tornou possível a compreensão das suas representações sobre a supervisão e os referenciais implícitos da prática de cada um. Da compreensão das narrativas emergiram categorias em análise, relativamente aos domínios em estudo.

A identificação destas categorias foi feita à luz da análise de conteúdo das narrativas, donde surgem segmentos de texto interpretados como unidades de significação, resultante da relação dinâmica entre as condições de produção das narrativas a analisar e as condições de produção da análise.

Do ponto de vista das narrativas, entendemos que estas devem ser compreendidas enquanto espaços de reflexão sobre as práticas, a formação e os saberes dos actores, bem como das representações que estes têm sobre as práticas profissionais e da própria profissão.

Quem eram os nossos actores? Relativamente aos dados sócio-profissionais da nossa amostra, verificamos que:

- 83% são do género feminino e 16,6% do género masculino;
- As idades dos actores variam entre os 32 e os 39 anos, sendo a média de 35,5 anos;
- Relativamente ao tempo de exercício profissional, a maioria dos actores tem entre dez e dezasseis anos de exercício profissional, com uma média de 11,8 anos. A excepção é um elemento com apenas cinco anos de exercício profissional, devido a uma interrupção da sua actividade como enfermeiro;
- Quanto à formação profissional verificamos que, apenas dois enfermeiros (16,7% da amostra) têm o bacharelato em enfermagem e dez (83,3%) têm a

licenciatura em enfermagem. Dos últimos, cinco (41,7%) têm uma especialização em enfermagem, existindo, entre estes, um participante com o grau de mestre.

- No que diz respeito à distribuição da amostra, de acordo com a categoria profissional, podemos constatar que, dos doze participantes no estudo, um é enfermeiro de nível 1 (8,3%), cinco (41,7%) são enfermeiros especialistas e os restantes seis (50%) são enfermeiros graduados.
- Relativamente ao período de tempo no desempenho de funções como enfermeiro de referência, podemos verificar que este varia entre um ano e meio meses e os quatro anos, sendo a média de 2,8 anos.

Face à idade, tempo de exercício profissional, formação e categoria profissional dos actores do estudo, podemos concluir que são enfermeiros detentores de experiência profissional fundamental para o exercício das funções do supervisor clínico.

O facto de terem relativamente pouco tempo de exercício de funções como enfermeiros de referência pode estar, de certo modo, relacionado com o facto de o HPH ser uma organização relativamente recente, com um quadro de pessoal ainda não estabilizado.

2.1. ACOMPANHAMENTO DAS PRÁTICAS: PROBLEMÁTICAS

Os actores do estudo desempenham funções de orientação das práticas de enfermeiros, bem como de estudantes de enfermagem em ensino clínico. Em que medida é que os contextos profissional e social onde estes desenvolvem as suas práticas, influenciam as representações que possuem das mesmas, bem como da própria profissão?

As narrativas colocam em evidência as representações dos participantes no estudo relativamente ao acompanhamento clínico de colegas e alunos em ensino clínico e a importância que a SCE tem neste processo. Neste sentido, emergiram da análise um conjunto de categorias que nos elucidam sobre a importância que os participantes atribuem à supervisão a nível da integração de alunos e profissionais, do apoio que lhes é disponibilizado, da reflexão sobre as práticas/desenvolvimento de competências, ao nível da formação contínua, da continuidade e qualidade dos cuidados e ainda, do processo de prestação de cuidados. As categorias identificadas em cada um dos domínios estão

interligadas, sendo muito difícil, senão impossível, falar isoladamente em cada uma de *per si*.

O acompanhamento clínico sistemático é um processo inerente à SCE; no entanto, este assume maior ou menor relevo, em função da fase do desenvolvimento profissional em que cada indivíduo se encontra. Assim, tal como podemos analisar nas narrativas, há momentos peculiares na biografia dos enfermeiros (alunos ou profissionais), nos quais a supervisão assume um papel ainda mais relevante. O processo de integração no novo serviço/instituição é precisamente um destes momentos.

De facto, os momentos específicos de transição, qualquer que seja a área da vida social, são geradores de incertezas, inseguranças e angústias, realidade que não pode ser camuflada por nenhum dispositivo de formação. No entanto, estes podem ajudar a proporcionar a construção de estratégias facilitadoras da integração (Mestrinho, 2000), tal como considera o actor:

“Em alturas em que são admitidos colegas novos, ficam, regra geral, nos turnos da manhã. Portanto, iniciam com aquela integração do turno da manhã mais prolongada e depois, progressivamente outros turnos. São, digamos que, dados à nossa orientação durante esse período de tempo, porque é o turno em que estamos mais presentes.” (AC) EA

Os ER, actores do estudo, trabalham essencialmente no turno da manhã, o que, em parte, justifica o facto de os alunos e colegas recém-admitidos nos serviços fiquem, regra geral, a fazer a sua integração durante este período, pois a presença dos seus supervisores permite-lhes um maior apoio no decurso da integração.

O período de integração é extremamente importante, sendo também um período caracterizado por grandes dificuldades, em parte atribuídas às condicionantes de contexto e ao facto da não coincidência entre os modelos que orientam os profissionais na sua prática e os aprendidos nas escolas, o que revela diferenças na concepção de cuidados (Ribeiro *et al*, 2000).

Da análise da problemática entendemos que, tal como referencia Abreu (2002), esta aponta para a necessidade do desenvolvimento de estratégias organizacionais que permitam um acompanhamento mais próximo do processo de desenvolvimento pessoal e profissional nos contextos da prática. Entendemos então que todas estas condicionantes

contribuem para que no período de integração seja exigida uma sustentação do desenvolvimento pessoal e profissional destes profissionais, o que, de acordo com os nossos actores, será possível com a supervisão clínica sistemática, fundamentada no apoio e contínua análise crítica e reflexiva das práticas (Bishop, 1998):

“Tento dentro dos meus conhecimentos, fazer-lhes [novos colegas] uma integração correcta e o mais rápido possível. E claro, andar sempre atenta a esses novos elementos e verificar onde eles têm mais necessidades, até porque isto é uma área muito específica e eles precisam de mais supervisão na fase de integração.” (AC) EF

“Sinto muita responsabilidade na integração dos novos elementos porque desta integração depende a sua adaptação ao serviço e o gosto pela própria profissão. Nesta fase precisam de muito apoio e acompanhamento” (AC) ED

“Colegas, recém chegados ao serviço... era a responsável pela integração deles. Este é um momento muito importante na vida da pessoa, quer seja aluno, quer seja profissional; a integração que lhe fizermos no serviço e o acompanhamento que lhe disponibilizarmos pode condicionar todo o seu percurso, a construção da sua identidade profissional e a própria vinculação à profissão. Nesta fase, podemos contribuir para que venham a gostar muito ou pouco de ser enfermeiros.” (AC) EH

Neste quadro, podemos verificar que os actores consideram que a supervisão disponibilizada no decurso do período de integração na profissão pode exercer uma influência determinante sobre a socialização dos enfermeiros. Se o dispositivo de supervisão clínica não atender à individualidade e à natureza científica e sociocultural do contexto, poderá constituir-se como factor impeditivo de uma melhor socialização dos enfermeiros nos contextos de trabalho, condicionando também a disposição para a formação contínua, o que pode dar origem a posturas profissionais que em pouco contribuem para o desenvolvimento da profissão. Enfermeiros com falta de vinculação à profissão e pouco envolvimento no trabalho, enfermeiros com manifestações de exaustão, enfermeiros sem estabilidade profissional, ou ainda os que se afastam da enfermagem por insatisfação (Kramer, 1969, 1970, cit. por Mestrinho, 2000), podem ser algumas das situações resultantes de uma deficiente iniciação à vida profissional, processos nos quais a SCE assume um papel fundamental.

Neste contexto, no decurso da integração profissional, a disponibilidade e a estabilidade da orientação assumem um papel central (Ramos, 2003), o que vai de encontro ao facto dos actores considerarem a sua presença, enquanto supervisores, fundamental à identificação das dificuldades dos supervisandos e ao apoio disponibilizado no decurso deste processo. A supervisão clínica apresenta-se assim como meio pelo qual os enfermeiros podem explorar e sustentar o seu desenvolvimento, bem como as práticas profissionais (UKCC, 1996):

“Sou responsável pela integração de novos colegas e dos alunos, quando eles estão nos turnos da manhã... Penso que de uma boa integração e acompanhamento depende toda a integração do resto do trabalho e o futuro do enfermeiro. Penso que é importante proporcionar-lhes o máximo de experiências possíveis e ajudá-los a orientar a aprendizagem perante as situações novas que vão aparecendo.” (AC) EM

Segundo Benner (2001), o centro das dificuldades dos profissionais em formação reside na falta de experiência de contactos com situações reais que acrescentem *nuances* ou diferenças subtis à teoria, pelo que se torna fundamental organizar as experiências clínicas destes indivíduos. A maior parte dos profissionais em integração nos serviços começam pelo nível inicial em grande parte dos domínios clínicos. Os alunos de enfermagem, recém-licenciados, ou mesmo alguns profissionais que integram novos serviços, iniciam a sua actividade com o estatuto de iniciado, segundo o modelo de proficiência de Dreyfus (ibidem, 2001).

No que respeita a alunos e recém-licenciados, o período de integração na vida profissional é intermediário entre escola e profissão, caracterizando-se muitas vezes por ambiguidade, turbulência e nostalgia duma época muitas vezes descrita como a angústia do início. Neste contexto, o papel do supervisor clínico assume grande relevância na medida em que este sustenta o desenvolvimento profissional dos supervisandos, funcionando como facilitador da sua integração no serviço e, cada vez mais, auxiliador e orientador da aprendizagem, contribuindo para a socialização antecipada (Carvalho, 2003). Por sua vez, os supervisandos, enquanto sujeitos activos e responsáveis pela sua formação, vão adquirindo autonomia para agir e responder aos desafios e exigências da profissão, com

base na supervisão que lhes é disponibilizada e no acompanhamento clínico adequado às suas necessidades individuais.

A aquisição de tais competências, por parte do supervisando, exige que lhes seja proporcionada uma supervisão que os ajude a reflectir a prática, a aprender a ser flexíveis, a compreender os fenómenos, a relacionar o “novo” com o “adquirido” e transferir os conhecimentos para novas situações, ou seja, a fazer adaptações correctas e a adquirir competências (Benner, 2001; Pinto, 2000). Esta é também a supervisão que os nossos actores concebem nas suas práticas:

“O enfermeiro de referência procura... ajudar os colegas a desenvolverem competências e ajudá-los a pensar no que fazem (...) Em relação aos alunos, compete-me orientá-los e ajudá-los a integrar a teoria com a prática, ajudá-los a desenvolver o pensamento crítico.” (AC) EI

Ainda no domínio do acompanhamento clínico, estes consideram a supervisão clínica importante na medida em que, é através do seu exercício que conseguem assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados prestados ao utente. Abreu (2002: 53) considera que, no nosso País, a formação clínica dos enfermeiros e os debates sobre a “*qualidade de cuidados, aprendizagem pela experiência e educação informal fizeram emergir a problemática da supervisão das práticas clínicas*”, na medida em que esta é “*simultaneamente uma forma de promover práticas de qualidade, dar suporte aos profissionais e promover a segurança dos utentes*” (ibidem, 2002: 54), tal como é explícito nas narrativas:

“Tendo em conta o que é o enfermeiro de referência... temos a responsabilidade de procurar que o doente tenha assegurada a continuidade de cuidados... temos também a responsabilidade de assegurar a qualidade dos cuidados que a equipa presta aos doentes, ...” (AC) EI

“Eu julgo que o que é importante na supervisão é garantir que os cuidados de enfermagem sejam feitos o mais adequadamente e com a qualidade possível, e nesse sentido penso que é bom que haja uma pessoa, o supervisor, que no fundo, se preocupe com isso e que garanta isso.” (AC) EL

O sentido do discurso reporta-nos a Alarcão (2001), relativamente à sua concepção sobre a relevância da supervisão na área da formação pedagógica, enquanto acção

facilitadora e mobilizadora do potencial de cada um e do colectivo dos seus membros e, simultaneamente, responsabilizadora do percurso institucional. Neste sentido, a autora considera que a supervisão visa o desenvolvimento qualitativo da organização e dos que nela realizam o seu trabalho, através de aprendizagens individuais e colectivas, incluindo a formação de novos agentes. É neste âmbito que, também sob o nosso ponto de vista, o supervisor surge como líder ou facilitador de comunidades aprendentes num contexto que, ao pensar-se, constrói-se e qualifica os seus membros (Alarcão, 2001). Com base no exposto, faz todo o sentido que os supervisores criem condições para que os supervisandos aumentem as suas competências através da formação, das experiências profissionais e da reflexão sobre as mesmas, com vista a garantir a qualidade das práticas.

Deste modo, e em consonância com as narrativas, a supervisão fornece aos supervisandos as condições essenciais ao desenvolvimento do processo de prestação de cuidados assente num acompanhamento clínico sistemático:

“Vou intervindo na actividade dos colegas se for necessário, principalmente nos que estão com dificuldades, que precisam de ajuda em termos de conhecimentos na área.

Eles desempenham uma prestação de cuidados e eu estou junto deles, vou passando pelas enfermarias vou ver como é que as coisas estão a ser feitas e vejo se as normas e as especificações estão ou não a ser cumpridas e, pronto, ajudo-os quando é necessário.

Também em termos práticos, se for necessário, se ele precisa de uma ajuda para fazer isto ou aquilo eu vou lá e faço também... E pronto, o plano de cuidados, a avaliação, nós temos que garantir que isso seja tudo feito.” (AC)

EL

Como podemos verificar, na percepção dos actores, a supervisão tem um papel extremamente importante no domínio do acompanhamento clínico, pois permite o assegurar a continuidade e qualidade de cuidados prestados ao utente. Verificamos ainda que no processo de prestação de cuidados, os actores apontam para que nas suas práticas estejam integradas as funções formativa, normativa e restaurativa da supervisão.

2.2. OS ENFERMEIROS FACE ÀS COMPLEXIDADES SÓCIO-CLÍNICAS

É numa sociedade profundamente marcada por uma mutação de valores e de mudanças aceleradas que opõem a antiga tranquilidade do saber adquirido ao confronto com o saber precário, a verdade provisória e a incerteza, que os profissionais de enfermagem desenvolvem actualmente a sua actividade (Durão, 2000). É neste contexto de crises e mudanças aceleradas na sociedade em geral e na área da saúde em particular, que a enfermagem deve “...constituir um instrumento de mudança para o futuro, proporcionando capacidade de inovação e criatividade, numa dupla dimensão, humanista e técnica” (Carvalho, 2003: 3), fornecendo aos estudantes e profissionais capacidades de resolver os problemas da sociedade actual e os desafios com que ela nos confronta.

Actualmente a sociedade exige que os enfermeiros sejam detentores de conhecimentos, capacidade de resolução de problemas de forma criativa e grande competência técnica, relacional e cultural, no sentido de responder com qualidade às necessidades sociais e constantes apelos à mudança. Neste quadro de desenvolvimento, torna-se legítimo que, no discurso dos actores face à complexidade das suas práticas, seja evidenciada a importância da supervisão a nível da situação emocional dos supervisandos e de um conjunto de dimensões que o próprio processo de supervisão suscita.

As dificuldades dos supervisores face à situação emocional dos supervisandos, constitui um dos aspectos mais salientes desta investigação, dada a dificuldade inerente à gestão dos problemas emocionais referidos pelos enfermeiros. Não obstante o debate poder considerar-se clássico e transversal a todas as áreas da actividade humana, sendo a enfermagem uma profissão onde a relação assume um papel primordial, é fundamental que quem cuida esteja bem cuidado para poder cuidar dos outros:

“Por vezes, deparamo-nos com alguns problemas de formação, pessoais, emocionais, ou seja do que for, que influenciam na motivação. Às vezes isto faz com que a motivação daquele que nos vem parar ao serviço não é a melhor, o que se torna uma variável extremamente importante para que não se consiga levar uma integração a bom termo só por falta de motivação para trabalhar em determinado serviço, por causa dos problemas emocionais.

Em relação aos alunos, conseguir que eles consigam ultrapassar o medo de estar neste serviço. Para eles é um terror! Mas que acaba, a partir do

momento em que a gente os consegue libertar desse medo, acabam por gostar, regra geral. Só um ou outro é que pode... mas não há nunca assim grandes dificuldades, normalmente conseguimos ajudá-los a ficar melhor.”
(DF) EA

“Na orientação dos profissionais, a grande dificuldade é que, cada um de nós tem a sua personalidade... Há alguns elementos que são muito repentinos, parece que não estão bem com os outros, nem com eles mesmos...” **(DF) EF**

Todos temos a noção de que os profissionais de enfermagem, pela natureza da profissão, se confrontam com situações profissionais extremamente adversas, experienciando grande variedade e tonalidade de emoções, por vezes bastantes traumáticas e que tanto se tentam reprimir em função do “profissionalismo”.

Segundo Cutcliffe (2001), a supervisão clínica enquanto fomentadora da autoconsciência, torna-se encorajadora do reconhecimento e expressão das emoções experienciadas pelo supervisando, exigindo que o supervisor esteja atento e capaz de disponibilizar o apoio necessário. Segundo o mesmo autor, ainda que estas situações sejam componente integrante da vida profissional de cada enfermeiro, se não forem devidamente resolvidas podem dar origem a marcas profundas podendo mesmo conduzir ao insucesso pessoal e profissional. O processo supervisivo saudável, o espírito de partilha de experiências e o senso colectivo de coesão contribuem para que os enfermeiros percebam que não estão sós em tal caminhada, mas que têm alguém preparado para os ajudar a identificar e ultrapassar as suas dificuldades, com um sentido de partilha.

Os mais recentes desenvolvimentos científicos a nível das neurociências vieram trazer uma nova compreensão sobre a realidade, o comportamento e o desenvolvimento humano, colocando em evidência a importância que as emoções e a “estabilidade emocional” têm na tomada de decisão, o que se expressa na qualidade do desempenho da pessoa.

Damásio (1999: 14) considera que “...as emoções e os sentimentos podem não ser de todo uns intrusos no bastião da razão, podendo encontrar-se, pelo contrário, enredados nas suas teias, para o melhor e para o pior”. Com isto o autor coloca em evidência os distúrbios destrutivos que as emoções e sentimentos podem ter, nos processos de raciocínio, em determinadas circunstâncias, tornando-nos incapazes de decidir em conformidade com um sentido de futuro pessoal, convenção social e princípio moral.

Olhando a tudo o que já foi dito sobre a formação do profissional reflexivo, facilmente compreendemos que as capacidades de observação e de pensamento crítico assumem uma importância primordial. No entanto, para que estas competências se desenvolvam, tem que estar presente uma dimensão afectiva, em que certos aspectos do processo da emoção e do sentimento são indispensáveis para a racionalidade (Damásio, 1999).

Sendo a enfermagem uma profissão com uma profunda determinante prática, onde a componente relacional assume uma importância indiscutível, é fundamental que, na formação destes profissionais, esta componente seja bem trabalhada, quer a nível curricular quer a nível experiencial; ou seja, também ao longo da formação em contexto clínico, é papel do supervisor ajudar o supervisando a desenvolver-se no domínio das relações e a melhor forma para o fazer é dar-lhe o exemplo, disponibilizando-lhe uma supervisão centrada no “cuidar” da relação pessoal e interpessoal do supervisando.

A importância da supervisão neste domínio assenta, essencialmente, no estabelecer de uma relação supervisiva que proporcione bem-estar emocional ao supervisando, no sentido de que este seja capaz de desenvolver a sua capacidade de análise crítica e de tomada de decisão. Para que tal seja possível, é essencial que esta relação incorpore contributos de carácter psicológico, nas suas dimensões cognitiva e metacognitiva, afectiva, volitiva e contextual. Pois, conforme refere Tavares (2001: 63), *“a cognição e a metacognição, a afectividade, nas suas expressões mais fortes, a emoção, o sentimento e a paixão atingem o seu grau de realização mais elevado e completo no acto de decisão.”*

Outra das dificuldades que os enfermeiros consideram estar inerente à sua função, é a reflexão sobre as práticas, a qual é perceptível nas narrativas:

“As pessoas são um bocadinho resistentes e ainda têm muito a ideia de que a sua verdade é universal. Não discutem muito! Por vezes vejo alguns aspectos técnicos onde se perfilam procedimentos menos correctos, que objectivamente são erros, que colocam em risco a segurança do doente e estas coisas não se discutem muito.” (DF) EB

“Mas sinto a responsabilidade da supervisão que faço e às vezes com dúvidas se estarei bem neste papel, se é o que esperam de mim. Sendo a equipe muito nova, eu também tenho muitas dúvidas e há muito pouca gente

no serviço com mais experiência do que eu, com quem possa falar e, a responsabilidade é grande.

Apelar ao pensamento crítico dos alunos e ajudá-los a desenvolver competências nesta área, é muito difícil e, exige uma grande responsabilidade da nossa parte.” (DF) EI

“Poderei ter alguma dificuldade em aceitar que há conhecimentos teóricos para os quais eu estou perfeitamente desactualizada e eles [supervisandos] têm esses conhecimentos. Se calhar isso é uma lacuna e sinto isso também como alguma dificuldade no contacto e na reflexão.” (DF) EJ

A análise do discurso foi um pouco complexa para nós, pois embora tenhamos identificado que estes profissionais têm dificuldades na reflexão conjunta, não ficou muito claro a origem da mesma. No entanto, face às narrativas e às leituras efectuadas, perfila-se-nos, de imediato, um obstáculo que é central à questão e transversal a outras áreas do conhecimento: o hábito pouco generalizado de se fazer uma reflexão sistemática sobre as práticas, ao qual Sá-Chaves e Amaral (2001: 81) se referem como a dificuldade da “*passagem do eu solitário ao eu solidário*”. Esta passagem vai-se fazendo a passos lentos, num processo de libertação do paradigma da racionalidade técnica, que vai cedendo espaço ao paradigma da racionalidade crítica.

Consideramos que o que sentimos no contacto com as narrativas, está perfeitamente traduzido no discurso das autoras supracitadas quando referem que “...*este profissional poderá também sentir-se isolado, apesar de rodeado de outros seres com quem aparentemente partilha uma profissão, quando se sente incapaz ou receia dar voz às opiniões ou sugestões que poderiam ajudar a alterar aquele mundo cheio de seres solitários, com medo de passar a ser ostracizado...*” (Sá-Chaves e Amaral, 2001: 82).

Estamos certos que todos nós, de modo geral, já sentimos estas “solidões constrangedoras”, no entanto, temos que nos libertar delas, pois estão escondidas atrás de verdades universais, de falta de pares com quem partilhar a reflexão ou apenas do “medo” de discutir com outrem mais conhecedor do que nós e passarmos a trilhar um caminho de partilha que de certo nos transformará em seres mais solidários na reflexão (Sá-Chaves e Amaral, 2001).

Ao identificarem a reflexão sobre as práticas como uma das suas dificuldades sócio-clínicas, os enfermeiros demonstram que compreendem que a formação profissional

tem que ser concebida num registo que inclua uma forte componente reflexiva a partir das situações da prática real enquanto meio facilitador da integração teórico-prática, como forma do profissional se sentir capaz de enfrentar situações sempre novas e diferentes e de tomar decisões nas zonas de indefinição que a caracterizam (Schön, 1987).

A formação de um profissional dotado desta competência exige que a sua formação seja acompanhada e sustentada por um supervisor que lhe ajude a compreender a realidade, mas que também seja seu treinador, conselheiro e companheiro (Schön, 1987).

Ainda no contexto das dificuldades sócio-clínicas, a análise das narrativas aponta-nos a pouca familiaridade dos enfermeiros com a supervisão clínica, como outro busfílis com que estes profissionais se deparam nas suas práticas.

Entendemos que algumas das narrativas apontam o envolvimento do enfermeiro chefe no processo, como um factor importante na sensibilização da equipa de enfermagem para a SCE, familiarizando-a com a problemática envolvente:

“...é muito difícil desenvolver a supervisão se não houver um chefe dinâmico, também integrado nessa dinâmica do serviço. O chefe tem um papel muito importante e, se ele não estimular o grande grupo, se este não for envolvido, não vale a pena!” (DF) EH

Outra das dificuldades identificadas no discurso dos actores consiste na dificuldade em adoptar estratégias supervisivas congruentes com a formação reflexiva, o que é notório nos discursos:

“Aliás, um dos aspectos negativos que os alunos referem, é que o supervisor termina a tarefa por ele. O supervisor substitui muito o aluno a terminar a tarefa e eles apercebem-se disso. Mas, é o nosso impulso. Temos é que evitá-lo... Também não é hábito fazer registos sistemáticos sobre os alunos; preocuparmo-nos em acompanhá-los e observá-los, fazendo registos dos aspectos mais importantes a reflectir com eles... depois, torna-se até muito difícil fazer a sua avaliação, relembrar tudo para fazer a avaliação sumativa.” (DF) EE

“Tento tornear, um bocado, certas características dos elementos de enfermagem... Tento arranjar estratégias para chegar até aos colegas.” (DF) EF

“No que respeita aos profissionais, uma das maiores dificuldades é conseguir arranjar uma forma de os chamar à atenção para determinados pormenores: primeiro, entrar no profissional... e, depois, tentar perceber a personalidade para poder intervir.” (DF) EG

Esta manifesta dificuldade em delinear estratégias supervisivas, encontra fundamento nos resultados obtidos a partir de um estudo Norueguês, realizado por um grupo de enfermeiros coordenado por Biork Landmark, que conclui faltar aos supervisores as competências e habilidades necessárias ao apoio dos supervisandos (Landmark *et al*, 2003).

A implementação de um dispositivo de SCE adequado à realidade organizacional é um processo moroso que exige, entre outras coisas, grande disponibilidade de recursos, bem como investimento na formação adequada de pessoal habilitado para o desempenho do papel de supervisor.

Não obstante as diversas variações da implementação da SCE na prática, diferindo na sua estrutura e processo, segundo White *et al* (1998) podem surgir também dificuldades dentro do próprio dispositivo global de supervisão: tempo disponibilizado para a prática da supervisão, recursos humanos disponíveis, funções do supervisor, recursos disponibilizados e disponibilidades dos intervenientes (ibidem, 1998).

A falta de recursos e disponibilidade para disponibilizar supervisão clínica, é de facto um problema que tem emergido nas nossas organizações de saúde. Por um lado, e como é notório nas narrativas, as escolas e serviços de saúde confrontam-se com um elevado número de alunos tendo que dar resposta à sua formação e supervisão, principalmente no ensino clínico:

“Nós temo-nos deparado com um número excessivo de alunos. Objectivamente temos sido pressionados para recebermos mais alunos... Nesse aspecto, eles [enfermeiros] têm feito um esforço muito grande.” (DF) EB

“...porque estamos limitados em termos de recursos. Umhas pessoas têm características para serem tutores e estão no complemento, ou estão de férias. Nem sempre é fácil lidar com essas coisas todas, mas acabo por dar sempre a minha opinião sobre isso. Eu acho que o enfermeiro de referência ou enfermeiro supervisor, como quer que se venha a chamar, devia ter uma participação muito, muito mais

activa nesse aspecto. No entanto, acaba por ser difícil, porque são muitas coisas, muitas incumbências e acabamos por nos dispersar um bocado.”
(DF) EC

“A dificuldade maior que eu sinto é não poder estar constantemente com eles. Tenho outras actividades que tenho que desenvolver. Se eu pudesse estar constantemente com eles, principalmente nos estágios que são mais curtos... Queria ter mais tempo para os ensinar, para ver a sua evolução em termos técnicos, de desempenho e em termos pessoais.” **(DF) EF**

“É muito mais complicado acompanhar alunos quando temos grupos grandes quando são grupos pequenos, de 2 ou 3 alunos, é muito mais fácil.”
(DF) EI

Diversos estudos que tivemos oportunidade de analisar (Winstanley e White, 2003; Howatson-Jones, 2003; May, 2003), revelam que estas dificuldades são comuns a vários países da Europa, Austrália, Nova Zelândia, entre outros, constituindo um papel extremamente importante em todo o processo de supervisão, colocando dificuldades ao desenvolvimento do mesmo. Howatson-Jones (2003) vai um pouco mais além ao referir que a falta de tempo disponibilizado à supervisão ameaça a reflexão, implementação e acesso à supervisão clínica.

Como já referimos, e em conformidade com os estudos de Winstanley e White (2003), é fundamental que perante a implementação de uma política de SCE organizacional, as decisões administrativas, face à estrutura e processo da mesma, tenham em consideração todas as condicionantes ecológicas. Não obstante o dispositivo de supervisão ter que ser adaptado ao contexto organizacional, é necessário que as chefias compreendam que, face à mudança, urge reorganizar algumas políticas organizacionais que permitam criar as condições para a implementação e desenvolvimento desse dispositivo. No caso particular dos nossos actores, julgamos que uma das soluções para os seus problemas passa, eventualmente, pela definição de uma política que estabeleça claramente a forma como o processo se deve desenrolar, determinando os recursos económicos e humanos necessários, o rácio supervisor-supervisando e o tempo que o supervisor deve dispensar à prática da supervisão (Butterworth et al, 1997). No entanto, face ao conhecimento que temos da organização em estudo, pensamos que este caminho estará

facilitado pelo facto de que todas as partes implicadas (administração, enfermeiros) estão sensibilizadas para a necessidade de implementação de uma política de SCE.

O tempo a disponibilizar à supervisão está directamente relacionado com a política e estratégias adoptadas. A bibliografia aponta-nos para opções muito divergentes. Sendo difícil o consenso sobre qual a melhor política e estratégia de intervenção, os autores defendem que este deverá ser um aspecto a definir em função das necessidades dos actores e do próprio contexto organizacional (Holloway, 1995; Bond e Holland, 1998; Cottrell, 2000a; Winstanley e White, 2003; May, 2003).

No entanto, em função da investigação que efectuaram, alguns autores apresentam-nos as suas perspectivas face à estrutura e estilos de supervisão, donde o conceito de estilo emerge como uma ferramenta natural e útil para organizar a o padrão de interacção entre os actores. Estes entendem que a supervisão pode ser individual ou em grupo (Holloway, 1995; Bond e Holland, 1998; Cottrell, 2000a; Winstanley e White 2003; May, 2003). Na individual o supervisor e o supervisando estabelecem um contrato inicial onde clarificam a forma, conteúdo e estilo de supervisão a desenvolver (Winstanley e White, 2003). Relativamente à supervisão em grupo, embora seja variável de autor para autor, o número de supervisandos por supervisor e por grupo, o Trust Nursing Policy, em 1998, considera que estes não devem exceder os seis elementos, o que, mesmo assim, dificulta a supervisão permanente, obrigando a definir um determinado número de sessões por unidade de tempo de prática.

Seja qual for a modalidade adoptada, sabemos que em ambas as situações é imprescindível que sejam reorganizadas as responsabilidades e as práticas dos supervisores, de modo a proporcionar-lhes o tempo necessário à disponibilização de uma supervisão adequada aos supervisandos.

Segundo Landmark *et al* (2003), há estudos que apontam para que na realidade Europeia a supervisão tenha vindo a consistir numa responsabilidade adicional, a qual não é ainda suficientemente reconhecida pelos diversos níveis de chefias. No contexto em estudo, a actividade supervisiva concorre com outras funções e deveres dos ER (supervisores), o que frequentemente os leva a ficar preocupados com o facto de terem necessidade de relegar os cuidados aos doentes para segundo plano, apesar de os

considerarem prioritários face à multiplicidade e sobreposição das suas funções (ibidem *et al*, 2003).

Entre todas as dificuldades identificadas nas narrativas, ainda figura uma outra, que tem a ver com a aceitação do supervisor. Ou seja, como podemos verificar, alguns dos actores terão sido confrontados com o facto de não serem aceites pelos supervisandos, ou mesmo por outros grupos profissionais:

“...um dos grandes problemas com que me confrontei na fase inicial, foi o não ser aceite pelo grupo, o que passado uns tempos foi completamente ultrapassado.” (DF) EI

“Portanto, se o enfermeiro de referência ou supervisor, com lhe queiram chamar, se for aceite pelo grupo, estou convencido que as pessoas se sentem muito mais à vontade para recorrer a ele... Se a pessoa for aceite pelos diferentes grupos profissionais, é muito mais fácil.” (DF) EC

Estas dificuldades referidas pelos actores são inerentes ao processo de acompanhamento das práticas em vigor na organização. Ainda que não esteja explícito nas narrativas, o facto do profissional não ser bem aceite no seu grupo de trabalho cria sempre constrangimentos no desempenho das suas funções, no nosso caso, na supervisão das práticas clínicas.

Howatson-Jones (2003) e May (2003) referem que o facto de o supervisor não ser bem aceite pelo supervisando pode constituir um entrave ao desenvolvimento da relação supervisiva. Neste sentido, os autores consideram que a não aceitação dos supervisores por parte dos supervisandos, frequentemente, reside no facto dos últimos considerarem que deveriam ser eles próprios a escolher os seus supervisores. Nestas condições devem ser desenvolvidos os esforços necessários dentro da equipa no sentido de identificar os problemas que estão na base das dificuldades com vista à sua resolução. A efectividade da relação supervisiva é fortemente condicionada pela confiança e atitudes entre os intervenientes pelo que deve haver um envolvimento dos actores, bem como da própria organização em assegurar as condições propícias ao desenvolvimento da mesma.

2.3. DINÂMICAS DE SUPERVISÃO E DINÂMICAS DE FORMAÇÃO

Da análise efectuada, o debate sobre as representações dos actores face às dinâmicas de supervisão e de formação constitui um grande contributo na definição de uma política organizacional de SCE, na medida em que a importância que estes atribuem à supervisão e o dispositivo de formação existente, podem servir de suporte à implementação da mesma.

A identificação da categoria “domínio e reflexão sobre a realidade”, emergiu das narrativas de diferentes actores, donde os segmentos de conteúdo são elucidativos das suas representações sobre a importância da supervisão:

“Eu acho que é muito importante [supervisão] porque, quem está junto aos doentes, não tem a facilidade e até mesmo a capacidade de, no desenrolar das práticas, observar eficazmente um determinado número de coisas. Há um determinado número de coisas que lhes escapam e que são importantes. (...) Mas não é só o observar, é também o conseguir reflectir sobre elas e ajudar os colegas a reflectir.” (IS) EE

“Eu penso que o papel de Enfermeiro de Referência é muito importante nesta dinâmica de prestação de cuidados, porque existe um elemento, que neste caso sou eu, que tem uma visão global de todo o serviço e de todos os problemas que acontecem diariamente. (...) Acho que é importante haver um enfermeiro de referência porque, de facto, é a pessoa que está diariamente no serviço, que apanha as passagens dos três turnos e que tem uma visão global e mais correcta do serviço.” (IS) EF

O discurso dos actores remete-nos para a existência de dinâmicas de formação onde a supervisão disponibilizada assume um papel fundamental, na medida em que o supervisor, enquanto profissional com uma visão mais abrangente do contexto, ajuda a os supervisandos a desenvolverem capacidades de observação e reflexão das práticas, realçando a importância do não formal e do informal, na formação em contexto de trabalho.

A aprendizagem reflexiva deve ser vista como elemento central da formação, numa perspectiva de construção do saber em contexto, baseado no lema de aprender a aprender, coerente com a construção do conhecimento baseado na experiência, enquanto meio

facilitador da tomada de decisão informada e do desenvolvimento de uma auto-motivação dos supervisandos, congruente com os desenvolvimentos da profissão (Landmark *et al*, 2003).

Para os actores do estudo, a promoção das práticas de natureza reflexivas está interligada com o suporte disponibilizado aos supervisandos:

“No projecto da supervisão, a área que eu acho que acaba por ser a mais sensível é a questão do apoio, o suporte dos profissionais.” (IS) EA

“[Apoio] Eu penso que seja importante na medida em que eles sabem que está ali alguém com quem podem contar, para o bem e para o mal... No fundo somos o outro ombro, com a obrigação de apoiar.” (IS) EG

A sensibilidade patente nas narrativas face à problemática do suporte remete-nos para Abreu (2003), ao considerá-lo fundamental no sentido de ajudar os formandos a construir saberes processuais, que dependem em grande medida do seu próprio percurso de vida. Neste sentido, entendemos que no decurso da formação de profissionais competentes a componente supervisiva assume particular relevo, na medida em que consiste numa prática acompanhada, interactiva, colaborativa e reflexiva (Sá-Chaves, 2000). Isto remete-nos para uma dinâmica de supervisão onde a dimensão do sistema vem dar uma nova complexidade à relação supervisiva, onde o “cuidar” é primordial. Daí que os níveis de excelência das aprendizagens se deva, em grande parte, ao processo de suporte e ao sistema de interacção desenvolvido no decurso da supervisão.

Neste contexto, torna-se também evidente a importância do suporte disponibilizado aos supervisandos, no sentido de assegurar a segurança e qualidade dos cuidados a que se referem os nossos actores:

“Enfim, eu julgo que o que é importante é o seguinte, porque um dos objectivos é garantir que os cuidados de enfermagem sejam feitos o mais adequadamente e com qualidade possível, e nesse sentido penso que é bom que haja uma pessoa que se preocupe com isso e que esteja... que garanta isso no fundo... De resto, eu tento que as normas sejam cumpridas. Claro que também tenho dúvidas. Evidente! Mas acho que isso favorece a qualidade dos serviços.” (IS) EL

“Supervisão clínica por um lado, penso que tem muita importância na questão da minimização do erro, isto é, na segurança do doente e nós temos que zelar por isso.” (IS) EB

Encontramos um fundamento muito claro para estas opiniões, nos desenvolvimentos da SCE em Inglaterra, no final do séc. XX. Dado os graves problemas que surgiram no domínio da qualidade das práticas e segurança dos doentes, em 1996, o UKCC, o publicou orientações fundamentais, no que respeita à definição do propósito da SCE e as suas dinâmicas, considerando que esta deve ser entendida como meio pelo qual os enfermeiros podem explorar, sustentar e ampliar o seu desenvolvimento pessoal e práticas profissionais. A sua função global era melhorar padrões de cuidado e, num NHS ideal, promover a saúde da nação (Winstanley e White *et al*, 1998).

A segurança e qualidade dos cuidados é uma problemática muito actual, a qual constitui motivo de grande preocupação e discussão, transversal a muitos países. Bond e Holland (1998), consideram que, em Inglaterra, foi na sequência do caso Allitt que a SCE passaria a ser considerada fundamental e imprescindível, na medida em que, para além de promover práticas de qualidade, permitia sustentar a prática dos profissionais, promovendo, paralelamente, a segurança dos utentes.

Não obstante esta ser a representação extrema de falta de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, o caso Allitt não foi um caso isolado, tem-se repetido em muitos países. Também no nosso País, ainda que revestida de diferente envolvência, esta temática esteve muito recentemente na ordem do dia, conforme foi amplamente discutido nos meios de comunicação social.

Neste âmbito, também as narrativas nos parecem bastante elucidativas da sensibilidade dos actores em relação à segurança e qualidade de cuidados, bem como da necessidade de assegurar as mesmas:

“Eu acho que a um tipo de orientação assente na supervisão clínica contribui muito para a qualidade dos cuidados.” (IS) EM

“Basicamente, eu acho que a importância da supervisão se reflecte a estes níveis: a continuidade e uniformização de cuidados, na relação com o doente e família e, no fundo, o próprio acompanhamento dos colegas.” (IS) EC

Pela análise do discurso, temos vindo a verificar que os actores consideram que a SCE pode constituir um contributo a vários níveis, inclusivamente na qualidade de cuidados (em função do conhecimento que fomos adquirindo dos actores e do contexto, pensamos que quando estes se referem a “uniformização”, esta não será propriamente dos cuidados, mas de algumas orientações relativamente às práticas e às dinâmicas da supervisão clínica).

Esta perspectiva dos actores é consonante com estudos realizados por Paunonem (1991), Timpson (1996) e Cutcliffe (1998) referidos por Cutcliffe (2001), os quais evidenciam os benefícios da supervisão clínica na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes. Também Winstanley e White (2003) salientaram a relação entre a melhoria da qualidade dos cuidados e a própria satisfação dos utentes.

Os actores entendem ainda que a SCE pode trazer contributos para a organização do seu trabalho enquanto supervisores, o que, de certo modo, consideram ter efeito reflexo na organização do trabalho em geral, inclusive no do supervisando, na medida em que, tal como abordado anteriormente, esta pode fornecer orientações inerentes às práticas e às dinâmicas da supervisão:

“Em relação ao serviço, também sou eu que, de uma forma geral, organizo o plano de trabalho dos colegas. Como tenho um conhecimento geral do serviço, da sua dinâmica e dos próprios colegas, sou eu que dou as orientações e organizo os planos. Neste aspecto, acho que a supervisão clínica pode ajudar-nos a organizar melhor as coisas. Pode dar-nos orientações em termos de supervisão que nos ajudem a organizar melhor os planos de trabalho, o que se reflecte na organização do trabalho da equipa em geral.” (IS) EF

A criação de um dispositivo de supervisão deve incluir orientações bem definidas relativamente às práticas de supervisão clínica. Por um lado isto facilitará o desempenho do supervisor, na medida em que este passa a ter um conjunto de *guidelines* que servem de referência às práticas supervisivas. Por outro lado, facilitará, certamente, o desempenho do supervisando na medida em que lhe será disponibilizada uma supervisão consistente, assente em orientações precisas, face às suas necessidades.

Pela análise da produção do discurso, temos oportunidade de verificar que a concepção e implementação de um dispositivo de supervisão clínica eficaz, deve ser congruente com o dispositivo de formação organizacional. Como é compreensível, jamais podemos conceber a supervisão alienada da componente formativa.

As investigações recentes sobre as dinâmicas de formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros apontam no sentido de que a reflexão se desenvolva a partir das situações práticas reais, como meio do profissional “...se sentir capaz de enfrentar as situações sempre novas e diferentes com que se vai deparando na vida real e que o ajuda a tomar decisões cada vez mais ajustadas, porque mais consciencializadas” (Ribeiro, 2001: 90).

As narrativas dos actores vão ao encontro de alguma da produção científica desenvolvida na área (referimos Abreu (1997, 2001), Canário (1994, 1997), Correia (1997), D’Espiney (1997)), sendo muito explícitas no que diz respeito às suas representações sobre a supervisão e o dispositivo de formação (formal, não formal, informal), num contexto normalmente partilhado com alunos em formação inicial, dando lugar a espaços comuns de formação.

Ao consagrar o ano de 1996 como Ano Europeu da Educação e da Formação ao longo da vida, a União Europeia repondo no centro dos interesses e da reflexão a importância da educação nos processos pessoal e socialmente transformadores, retomou o conceito de formação permanente, a sua matriz de continuidade temporal, de percursos, de trajectória e de caminho a percorrer.

Segundo Sá-Chaves (2000: 96) “*a dialéctica entre o sujeito em formação e os contextos em permanente evolução evidenciam não apenas a extrema complexidade dos processos formativos como, sobretudo, a total incerteza, instabilidade e conseqüente imprevisibilidade das condições futuras do exercício profissional e, conseqüentemente, a radical impossibilidade de encontrar na formação soluções tipo standard para ecologias diferenciadas e frequentemente singulares...*”. Da análise das narrativas podemos dizer que as representações dos actores também se situam nesta perspectiva considerando a supervisão importante a nível da concepção da formação numa perspectiva ecológica através da identificação de problemas de formação dos profissionais, motivação destes para a formação, conceptualização da própria formação e avaliação da mesma:

“Toda a formação em serviço é planeada com os colegas... as avaliações de desempenho, que são feitas periodicamente, faço-as sempre com a enfermeira chefe, e aí, tiramos uma série de informações sobre a formação. (...) Mas, no que respeita à formação, eu falo com os colegas e com a chefe, assim como, enquanto enfermeiro de referência, também falo com as outras colegas, enfermeiras de referência, e isso é tudo interligado, ajustado e discutido a três, a quatro, basicamente, com todos, não se podendo esquecer que todo o nosso trabalho e reflexão sobre o mesmo são momentos formativos.” (AF) EC

“...quase todos os dias nas passagens de turno, com a ajuda da chefe, vamos discutindo sobre dúvidas que surgem dentro do grupo.” (AF) ED

“...da formação que tenho feito e do feed-back que vou obtendo a partir deles [supervisandos], acho que tem sido uma formação dirigida para a prática, que eles têm valorizado, e que eu penso que lhes tem proporcionado as competências que não tinham até aqui, ...” (AF) EJ

No desenrolar de algumas reflexões sobre as trabalhos de Smyth, Alarcão e Tavares (2003) referem-se à importância que este dá à supervisão, por entender que esta oferece aos professores, no contexto da formação contínua, mais possibilidade de tomarem consciência do seu poder e das suas responsabilidades na adaptação da escola a um mundo em mudança. Adaptando à área da saúde, a supervisão disponibilizada deve ajudar o supervisor a fazer a observação da sua própria prática e dos contextos em que esta se desenvolve, a questionar e confrontar, a analisar, interpretar e reflectir sobre o observado e a procurar as melhores soluções para as dificuldades e problemas com que se vai confrontando. Neste contexto, é evidente que, sendo o supervisor perito em enfermagem, sem que, no entanto, a sua vasta cultura não se limite à sua área do conhecimento, ninguém melhor do que ele para assistir o supervisor na sua formação e desenvolvimento:

“Normalmente, se recorrem a mim para me perguntarem qualquer coisa, se eu não souber digo: “deixem estar, eu não sei, mas vou pesquisar. Ou então, digo: “olha, é uma boa oportunidade, vamos os dois... Porque se eles sentem necessidades, são eles que vão trabalhar, são eles que vão pesquisar, embora com a minha ajuda.” (AF) EG

Nesta altura o supervisor tem um papel extremamente importante devendo motivar o supervisando para a formação, ajudando-o a ultrapassar as suas dificuldades de conhecimento e mediando experiências. Assim, o impacto da formação adquirida desta forma, em vez de imposta, terá certamente outra força e produzirá efeitos muito mais positivos (Alarcão e Tavares, 2003).

Sem dúvida que estamos perante factos irrefutáveis que nos levam a concluir que, à luz da supervisão clínica, deve pensar-se a própria formação. Esta necessidade de pensar a formação, ainda que de forma diferente, está também muito explícita nas narrativas:

“Tem-se verificado que ao longo de alguns anos que as pessoas, quando começaram os projectos de formação, iam muito para formações de cátedra, formações teóricas. Temos vindo a tentar inverter esta marcha para que esta formação não fosse tão formal e para que esta se prendesse com questões específicas dos próprios profissionais nos seus serviços. É um caminho que penso, neste momento, estar um bocadinho parado, mas que é importante investir-se nele.” (AF) EB

“Às vezes, eu penso que me penalizo um pouco, porque está uma formação demasiado básica, mas, como tinha que abranger um leque muito diversificado de pessoas, ela teve que ser feita e criada nessa perspectiva.” (AF) EJ

As narrativas apontam-nos para uma problematização da formação que, à luz da perspectiva de Canário (1997), consideramos uma análise crítica dos actores face à concepção instrumental e adaptativa do papel da formação enquanto factor que deverá preceder a concretização de mudança, não sobrevalorizando a anterioridade da formação relativamente à mesma (ibidem, 1997).

Verificamos preocupação, por parte destes profissionais, em perspectivizar dinâmicas de formação de natureza ecológica, onde o saber construído na acção se reveste de grande relevo. O saber construído na acção é um saber de importância capital na medida em que os enfermeiros são permanentemente confrontados com situações singulares que conduzem a uma reinvenção das práticas. Neste sentido, é essencial organizar a formação em estreita articulação com os contextos de trabalho, valorizando estratégias formativas que combinem num processo único a formação e a acção (Canário, 1997).

Ainda no domínio das dinâmicas de formação, considerámos interessante a percepção de um dos actores, ao considerar relevante o facto de, na organização em estudo, haver a oportunidade e até uma certa preocupação, em manter o contacto com os *currícula* de diferentes escolas de enfermagem e outras instituições de ensino, das diferentes áreas do conhecimento:

“Nós temos tido o cuidado, que esperamos manter, que, pelo menos as grandes escolas da cidade do Porto, se mantenham connosco, porque achamos que em termos profissionais é importante. Temos tido o cuidado de não manter apenas uma única escola, pois achamos que para a instituição isso é importante contactar com os diferentes modelos de investigação e formas de pensar.” (AF) EB

A análise do discurso leva-nos a entender que, a perspectiva deste actor, que nos parece assente na filosofia organizacional, é congruente com a valorização da pluralidade referida por Sá-Chaves (2000). Para esta autora, a pluralidade assenta na valorização da heterogeneidade da informação enquanto oportunidade reflexiva.

Neste âmbito, de acordo com a perspectiva de Canário (1997), também nós entendemos que as situações vividas pelos profissionais de enfermagem ocorrem no quadro de organizações sociais onde *“...a dimensão organizacional atravessa necessariamente as práticas profissionais, bem como o seu processo (formativo) de produção em contexto, através da interacção entre os diversos actores presentes”* (ibidem, 1997: 132). Neste sentido, de acordo com o mesmo autor, as organizações de saúde são também lugares de formação recíproca para todos os seus habitantes, inclusivamente para os utentes, devendo ser encaradas de modo a otimizar as suas potencialidades na criação de oportunidades educativas baseadas na interacção dos actores. Esta possibilidade de otimizar o potencial formativo das organizações de saúde está fortemente relacionada com os diferentes tipos de gestão.

3. QUE MODELO DE SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS?

As “*noções de globalidade, complexidade, mutação, contextualização, interactividade, flexibilidade, articulação sistémica, enquadradora e estruturante, preparação para o incerto, bem como as noções centrais de sujeito, de diálogo e de conhecimento podem encontrar-se na base das tendências actuais nos paradigmas de formação e de investigação, e também no desempenho das profissões*” (Alarcão, 2001: 16), o que se reflecte, igualmente, na vida das organizações.

Neste quadro de permanente transformação as reflexões sobre a formação em enfermagem têm ganho cada vez mais pertinência, daí que a OEP, enquanto entidade reguladora do exercício profissional dos enfermeiros, tenha criado espaços alargados de debate sobre a temática, no sentido de repensar os modelos de formação, promovendo a participação dos próprios enfermeiros na definição de políticas de formação na área da saúde e da enfermagem em particular (Asseiro, 2001).

O debate pretendeu clarificar o actual cenário de formação em enfermagem e consciencializar a mudança necessária, de forma a contribuir para a definição de modelos de formação congruentes com o desafio de preparar profissionais com uma elevada capacidade de adaptação às diferentes situações com que se irão deparar, ao longo da sua formação e desenvolvimento profissional. Como é de prever, esta não é tarefa fácil e, para que seja concretizada com sucesso, tal como refere Alarcão (2001: 15) ao citar Edgar Morin (1999), estamos convictos de que é necessário que sejamos capazes de “*Repenser la réforme, réformer la pensée*”.

Em consonância com a OEP, entendendo um modelo como “*...a articulação entre conceitos e linhas de pensamento que orientam a prática*” (Asseiro, 2001: 3), consideramos que o seu conteúdo deve contemplar a diversidade dos locais de formação e de práticas profissionais e o efeito multiplicador das diferenças inerentes aos formadores, formandos e suas vivências e ainda dos utilizadores dos cuidados de saúde.

Sendo a supervisão clínica um elemento central na formação em enfermagem, implica que as políticas organizacionais de supervisão estejam em consonância com os modelos de formação em uso. Segundo Holloway (1995), a implementação de uma política de supervisão clínica, além de exigir um profundo conhecimento do contexto e seus

intervenientes, deve ser suportada por quatro componentes principais: uma base teórica, directrizes que estabeleçam metas comuns, guias de orientação da relação entre os participantes e a própria profissão e um dispositivo de investigação que ajude a determinar objectivos e estratégias de interacção durante a supervisão.

3.1. IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES DO SISTEMA

A análise de uma organização e de toda a sua envolvência, pressupõe a *“...compreensão sistémica do todo interactivo que caracteriza e identifica a instituição em estudo e por outro, pressupõe também, o conhecimento aprofundado de cada um dos subsistemas seus integradores, quer na especificidade que o determina como parte, quer sobretudo na dinâmica que, sendo-lhe inerente, lhe garante a interactividade com os outros, conferindo ao nível do sistema integrador as dimensões de globalidade, complexidade e totalidade que o caracterizam”* (Sá-Chaves, 2000: 19).

Na análise do sistema há dificuldades que se nos colocam, quer pela complexidade da problemática quer pela natureza subjectiva da mesma, o que condicionou a selecção dos aspectos a analisar.

De acordo com uma visão sistémica dos processos organizacionais, é difícil falar em sucesso de práticas supervisivas sem que a este esteja associada uma vertente organizacional mais vasta. Isto corresponde a aceitar o pressuposto que as políticas e práticas de SCE em cada uma das unidades de cuidados está associada à realidade institucional e aos processos desencadeados em serviços paralelos. Neste sentido, segundo a perspectiva dos actores, a projecção das suas actividades para o exterior é uma das consequências da implementação da SCE:

“Pelo menos por enquanto, fica-se mais pelo serviço e para os doentes. A interligação e continuidade de cuidados do doente entre o serviço e os centros de saúde, acho que são uma forma de impacto do trabalho que desenvolvo. Assim, posso dizer que o impacto que a minha actividade tem para o exterior pode verificar-se, ainda que indirectamente, através da qualidade e continuidade dos cuidados que eles prestam.” (PAE) EI

“O que se faz aqui, e que pode ter reflexos exteriores, quanto mais que não seja, o formarmos alunos bem, para que possam representar bem, aquilo que

aprenderam, noutros lados. Se nós formarmos bem os alunos, já não digo tanto os colegas, e mesmo assim, chamar às vezes à atenção para pormenores que têm reflexo noutros lados onde trabalham, mas sobretudo de aluno. Se as orientações não forem boas, não há, também, o reflexo de uma boa formação no final. O aluno é um pouco aquilo que ele é como pessoa, mas aquilo que ele tiver, também, como reflexo do mestre, se assim o podemos chamar.” (PAE) EA

“Eu penso que, na actualidade isso ainda não é fácil, mas num futuro próximo, com a avaliação da supervisão e com a quantificação dos ganhos em saúde, a instituição será projectada para o exterior.” (PAE) EJ

Os actores considerarem que a melhoria da qualidade de cuidados introduzida pela SCE poder constituir-se como contributo para a projecção das actividades desenvolvidas na instituição: a qualidade de cuidados dá visibilidade ao serviço, ocorrem reuniões frequentes entre os enfermeiros de referência e trata-se de dinâmicas que passam a ser partilhadas com as Escolas. A prestação de cuidados de qualidade à comunidade, é o objectivo máximo das organizações de saúde. Os actores do nosso estudo confirmam-nos que a supervisão disponibilizada tem contribuído para a melhoria desses cuidados, com reflexos a nível do reconhecimento social.

A unidade em estudo é uma organização aberta e com um elevado potencial formativo. É uma organização proactiva que cria nos seus profissionais a inquietação do desafio, da procura da pluralidade e do questionamento constante, que a situa num paradigma do inacabamento, factores de (des)equilíbrio constante que se constituem como *“...condição imprescindível para a construção de novos e continuados processos de reequilibrção que são o garante da regulação das continuidades nos incidentes de ruptura que o confronto com o novo sempre pressupõe”* (Sá-Chaves, 2000: 22).

Segundo a mesma autora, é esta abertura ao novo, aos outros e às novas situações que torna possível o debate sobre a qualidade organizacional tal como ela se nos apresenta, em enquadramentos contextuais físicos, legais, conceptuais e funcionais, onde a coerência interna constitui, para cada caso, a sua matriz, o seu rosto e a sua identidade.

3.2. A SUPERVISÃO CLÍNICA NO QUADRO ORGANIZACIONAL

O HPH, o contexto em estudo, embora instituição de saúde, reveste-se de algumas características inerentes às instituições de ensino, visto ser uma organização onde muitos profissionais da área da saúde desenvolvem a sua aprendizagem. Por analogia ao que Alarcão (2001) entende por escola reflexiva, consideramos o contexto em estudo como uma organização “...*que continuamente se pensa a si própria, na sua missão social e na sua estrutura, e se confronta com o desenrolar da sua actividade num processo simultaneamente avaliativo e formativo*” (ibidem, 2001: 13).

Através das suas narrativas, os actores do estudo forneceram-nos informação relevante para o delinear duma política congruente com a formação e supervisão reflexivas. Assim, consideram que a SCE deve ser institucionalizada enquanto política e campo de práticas:

“Acho que a supervisão clínica deve ser institucionalizada, pois só assim conseguiremos ter políticas claras sobre a mesma e desempenhar as nossas funções com qualidade.” (PP) EB

No nosso país, as reflexões sobre a formação em enfermagem e a criação do Sistema de Qualidade em Saúde fizeram emergir o debate sobre a supervisão das práticas clínicas (Abreu, 2002). No que respeita ao HPH, esta foi uma das organizações pioneiras na adesão ao programa de Qualidade do *King`s Fund*, o que facultou aos nossos actores a oportunidade de participar na reflexão sobre a temática, donde terá nascido a importância que atribuem à implementação da SCE na organização onde trabalham.

Como qualquer projecto, a implementação de uma política ou modelo de SCE consiste num projecto que carece de um referencial conceptual prévio. A teoria permite-nos organizar o sentido e ajuda-nos a focalizarmo-nos selectivamente num conjunto de informação de carácter estruturante. Pela análise do discurso dos actores, verificamos que, em função do conhecimento que têm do contexto, estes conseguem identificar um conjunto de aspectos que deverão ser contemplados na elaboração dos referenciais teóricos que deverão presidir à definição da política de SCE no HPH. Convém referir que na instituição se desenvolveram anteriormente um conjunto de actividades formativas na área da SCE

(conferências e Workshop); os actores têm igualmente participado em diversas actividades de investigação nesta área, fornecendo informação e discutindo os resultados.

Consideram que a supervisão a desenvolver deverá ser centrada num maior acompanhamento e crescimento pessoal do supervisando:

“Em termos da evolução que acho que deveria haver, penso que era importante haver, um acompanhamento mais sistemático dos enfermeiros, que os ajudassem a desenvolverem-se. Penso que os próprios enfermeiros de referência deveriam ter mais apoio. Até as enfermeiras supervisoras [de carreira] poderiam ser um pouco mais interventivas nesta área. Deviam dar mais suporte à equipa, deviam estar mais presentes, ver as dificuldades da equipa e não virem ao serviço apenas para policiar, mas ajudar as pessoas a crescer.” (PP) EI

“Eu acho que nós e a escola, temos que ver o aluno como um futuro profissional e como uma pessoa. Cada pessoa é uma pessoa e os objectivos não podem ser iguais para todos; há pessoas que respondem bem a esses objectivos e outras não, por isso temos que os ajudar a desenvolver como pessoas em relação às suas necessidades.” (PA) EG

“Poderíamos aproveitar mais a estada dos alunos cá e fazê-los desenvolver mais em termos pessoais. É uma dimensão que eu acho que não está a ser muito explorada.” (PA) EB

A supervisão clínica exige que seja disponibilizado tempo para uma reflexão sobre a prática clínica. Com o objectivo de permitir ao supervisando o desenvolvimento de aprendizagens e práticas de qualidade, devem ser-lhes facultados meios, acompanhamento e apoio personalizados, favoráveis ao seu desenvolvimento pessoal e profissional (Bond e Holland, 1998):

“Penso que há duas vertentes muito importantes a desenvolver com a supervisão clínica: por um lado a supervisão técnica, por outro lado o suporte emocional acho que há um crescimento muito grande a fazer. Mas, para isso, ainda temos que passar pela fase de nos despirmos de preconceitos e isso é difícil.” (PP) EB.

“Eu acho que deveria haver alguém que desse apoio aos enfermeiros, quer em termos emocionais, quer em termos técnicos. Alguém que nos pudesse ajudar.” (PP) EG

“As pessoas já são sensíveis para que esses assuntos sejam tidos em atenção [apoio pessoal e profissional] e para que se possam ajudar as pessoas a crescer profissionalmente, mas ainda é preciso trabalhar muito este aspecto.”
(PP) EA.

Segundo a perspectiva dos actores, o dispositivo de supervisão clínica organizacional a implementar deve ter em vista uma maior sensibilização dos profissionais para o apoio pessoal e profissional. O apoio emocional é um dos aspectos referenciados por todos, como sendo uma vertente com necessidade de grande desenvolvimento e empenhamento dos supervisores. Segundo Bond e Holland (1998), só supervisores verdadeiramente sensibilizados para estes factores conseguem ajudar os supervisandos a reflectir sobre o papel que desempenham enquanto indivíduos, na complexidade das situações e sobre a qualidade das suas práticas.

Também os já referidos estudos na área das neurociências mostram que é de extrema importância que os indivíduos estejam bem emocionalmente para que possam desenvolver-se e decidir adequadamente.

Ainda no âmbito do quadro organizacional, considerámos bastante interessante e muito pertinente o facto dos actores considerarem que a supervisão clínica deve contribuir para que os profissionais se sintam mais sensibilizados para a formação:

“Uma coisa que não funciona nos serviços e que é algo pelo que eu manifesto um bocadinho de revolta, é a não obrigatoriedade de permanência numa reunião de serviço. Deveria ser obrigatório estar presente. A reunião devia ser vista como momento formativo e as pessoas deviam dar-lhe mais importância. Assim a informação não circula; é dada e passa um vector, mas depois o outro já não passa. Acaba por se perder e não há produto final porque são poucos os que estão presentes. Portanto, a supervisão devia ajudar a que as pessoas se sentissem sensibilizadas para isso. Porque de facto, também não há muita sensibilização dos grupos de apoio e dos grupos de inter-ajuda [chefias e elementos do Centro de Formação].” **(PP) EA**

A nova visão paradigmática centrada na racionalidade crítica conduziu, nas últimas décadas, ao questionar e reformular a missão atribuída às instituições e aos actores que protagonizam as políticas de saúde. Neste contexto, “a formação emerge então, à semelhança do que se passa noutros domínios profissionais, como um instrumento

essencial, quer para fazer face a mutações que decorrem da própria inércia social, quer para produzir e gerir mudanças deliberadas” (Canário, 1997: 119). Esta importância atribuída à formação, veio a traduzir-se numa expansão quantitativa da formação contínua, que veio a culminar num certo desencanto e *“ineficácia relativa das práticas de formação para assegurar o êxito de processos de mudança...”* (ibidem: 123).

Face à circunstância consideramos que, na fase de transformação que atravessa o contexto em estudo, deve estar equacionado o dispositivo de formação dos seus profissionais, o qual deve ser feito em estreita relação com a acção de pensar e reorganizar o trabalho, condicionado e condicionador da implementação de uma política de SCE. Pois, segundo D’Espiney (1997: 183) perspectivar de forma ecológica a mudança, centrada no universo do trabalho, corresponde ao *“...desencadear de um processo de formação onde as modalidades informais surgem como as mais adequadas”*.

Sem dúvida que o actor A mostra estar desperto para a importância da formação informal no desenvolvimento profissional, o que vem de encontro ao facto de *“a análise das situações de trabalho permite pôr em evidência o carácter global da situação e a sua complexidade (irreduzível a uma segmentação analítica centrada na vertente técnica). A acção faz apelo à mobilização de um conjunto diverso de saberes, contextualizados e transformados em competências na situação singular que é a relação com cada doente”* (Canário, 1997: 130). As reuniões de serviço são consideradas pelo actor como importantes momentos de reflexão sobre as práticas, momentos de discussão e construção do saber prático, o saber construído na acção, um saber de importância capital na medida em que os enfermeiros permanentemente confrontados com situações singulares, não podem aplicar mecanicamente procedimentos técnicos normalizados, pois a sua acção é uma reinvenção das práticas originais (Canário, 1997).

Ainda que de forma um pouco implícita, os actores referem-se ao facto de a SCE poder trazer alguns contributos no domínio da formação na acção, partindo da sensibilização dos profissionais para a importância da mesma, ou seja, a valorização da formação na mudança. Neste âmbito, face aos desenvolvimentos a que temos assistido em todas as áreas da actividade humana e que muito se têm feito reflectir no domínio da formação e da saúde, apreciamos a perspectiva de Canário (1997: 132) ao que *“o enfoque da actividade de concepção e organização da formação deixa de estar centrado na*

produção de produtos de formação (acções cursos, estágios) de “qualidade”, passando a finalizar-se por referência aos “problemas de qualidade” que os profissionais, em situações de incerteza, deverão equacionar e resolver”.

Em toda esta dinâmica de supervisão da formação, os actores consideram importante que a política a implementar contemple a formação de grupos de supervisores e de alunos. Não nos vamos alongar muito neste domínio, dado que teremos oportunidade de aprofundar a discussão um pouco mais adiante. No entanto, não podemos deixar de referir que esta necessidade sentida, especificamente em relação aos alunos, talvez se deva ao facto dos actores terem mais dificuldades nesta área do que propriamente na supervisão dos colegas, não só pela falta de formação específica, mas também, pela insuficiente articulação escola/serviço que historicamente caracteriza os nossos espaços de formação.

3.3. SUPERVISÃO CLÍNICA E ACOMPANHAMENTO DE ALUNOS: UMA PERSPECTIVA INTEGRADA

As permanentes mudanças sociais, científicas e tecnológicas que se têm verificado nos últimos anos têm-nos colocado perante novas imposições e desafios na área da formação.

As exigências curriculares que se impuseram a partir do final dos anos oitenta e início dos anos noventa do séc. XX, fruto da integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico, e a tentativa de resolver a curto prazo a evidente falta de enfermeiros, conduziu ao aumento do número de alunos, donde o *ratio* professor-aluno se alterou profundamente, obrigando a procurar nos campos de estágio o acompanhamento necessário para os alunos em ensino clínico (Pinto, 2000).

Os desenvolvimentos conduziram a uma realidade marcada por uma certa falta de sistematização e linhas orientadoras sobre a colaboração entre os serviços e as escolas, o que justifica a grande variedade de experiências de colaboração, de escola para escola e de serviço para serviço, que se tem aprofundado ainda mais com o aparecimento de grande número das escolas privadas.

O debate sobre a supervisão e o acompanhamento de alunos em ensino clínico é uma questão que se impõe por estes e outros problemas, surgidos na formação em enfermagem quando se aguardam “*a análise, discussão e publicação de definições dos princípios orientadores da cooperação e co-responsabilização entre os estabelecimentos de ensino e os serviços prestadores de cuidados de saúde, na formação graduada e pós-graduada em enfermagem, tendo em vista uma formação de qualidade*” (Carvalho, 2003: XI).

Tomando como assente que os espaços de formação profissional dos enfermeiros extrapolam os portões das escolas de enfermagem e que a aprendizagem que se gera nas práticas clínicas, enquanto elemento formativo importante, nos obriga a saber como é que este elemento deve ser considerado nos programas de formação profissionalizante (Alarcão, 1991). É evidente que o debate não pode ser circunscrito às escolas, tendo-se alargado às instituições de saúde, também elas espaços de formação de alunos e profissionais, que muito esforço têm feito para levar a cabo a sua missão neste domínio. Também as organizações de saúde e os seus profissionais têm desenvolvido esforços para conseguirem responder de forma adequada às mudanças que se têm verificado. No entanto, nem sempre é fácil e nem sempre as soluções são pacíficas, daí que no centro da problemática, os nossos actores coloquem grande tónica nas dificuldades inerentes ao acompanhamento dos alunos em ensino clínico.

As narrativas mostram que as principais dificuldades dos actores passam, em grande parte, pela insuficiente relação escola-serviço; estes consideram que a supervisão e acompanhamento integrados dos alunos passam por um conjunto de medidas nas quais as escolas têm um papel preponderante. Consideram, ainda, que as escolas têm uma responsabilidade determinante na celebração das parcerias e na definição dos procedimentos daí decorrentes.

Está patente nas narrativas que a relação escola-serviço está na base do sucesso dos dispositivos de formação e supervisão dos alunos em ensino clínico. No entanto, estas evidenciam também que as acções de colaboração devem ser aprofundadas. Face às suas experiências, é nítida uma certa insatisfação de alguns destes enfermeiros no que respeita à falta de comunicação entre as escolas e os serviços, a não programação dos estágios de uma forma integrada, a não participação das escolas nas actividades formativas do serviço

e dos enfermeiros da prática em actividades escolares e ainda o pouco investimento das escolas no ensino clínico dos seus alunos e a já habitual (dita) “discrepância” entre a teoria e a prática:

“Por vezes os alunos são “largados aí” à responsabilidade dos enfermeiros dos serviços, ... em relação a isso, a minha opinião é negativa. Há também aspectos desta interligação que podiam melhorar, nomeadamente alguns procedimentos que não são comuns e que talvez fosse possível uma uniformização para não haver diferenças entre o que a escola ensina e aquilo que nós fazemos.” (PE) EC

“Devia haver uma maior aproximação das escolas com a prática, uma maior partilha, não falando sequer, na discussão prévia à identificação dos objectivos a propor para determinado estágio. Acho que deve haver maior discussão dos objectivos, do planear do estágio e da avaliação do aluno e os profissionais dos serviços deviam deslocar-se à escola para participarem em actividades que facilitassem o seu desempenho na supervisão.” (PE) ED

“É fundamental que haja uma maior articulação da escola com os locais de estágio. Os enfermeiros do serviço deviam ir à escola, participar com os próprios docentes da escola. Deviam pedir a colaboração dos enfermeiros que trabalham no serviço, para dar a parte da matéria relacionada com este serviço, os cuidados de enfermagem que prestam.” (PE) EG

“Nesse aspecto devia haver uma maior comunicação entre a escola e os serviços e uma maior intervenção da escola. Se não há possibilidade de levar os enfermeiros à escola num local de estágio em que há meia dúzia de enfermeiros para quarenta alunos, uma “reuniãozinha” numa tarde ou numa manhã para definir objectivos e estratégias para não andar um para cada lado, seria muito bom...” (PE) EM

Para nós docentes, habitualmente ligados à formação de alunos, o discurso não é novo, o que tem dado origem à grande produção científica nesta área. No estudo realizado por Pinto (2000), a investigadora concluiu que, com efeito, a maior parte das vezes os alunos são atribuídos a um enfermeiro que os orienta, partilhando com o docente alguns aspectos do desenvolvimento do estágio, inclusivamente participam em algumas reuniões de carácter formativo e estão presentes na avaliação final. No entanto, os enfermeiros tutores não têm sido implicados no processo de planeamento do ensino clínico. Estes enfermeiros, segundo a autora, não participam na definição dos objectivos, não são informados da orientação pretendida ou mesmo dos critérios da mesma.

Também Abreu (2003; 50) entende que “*embora se considere imprescindível esta colaboração entre a academia e a clínica, a verdade é que ainda hoje ela é pouco consistente*”. A diversidade curricular entre escolas, as mudanças ao nível da filosofia organizacional das instituições de saúde, a abertura sucessiva de instituições de formação de enfermeiros e a fraca oferta de serviços para a formação em contexto clínico são identificados pelo autor como conjunto de factores que tornam esta relação complexa (ibidem, 2003).

Segundo vários estudos, e designadamente o realizado por D`Espiney (1997), Pinto (2000), Ramos (2003), a própria OEP e ainda, a opinião dos nossos actores, a solução para esta problemática assenta em projectos de parcerias inter-organizacionais, pois segundo Nóvoa *et al* (1992) estas criam uma nova dimensão territorial que obriga docentes e enfermeiros da prática clínica, em conjunto, a recriarem a sua identidade e as suas práticas:

“Se a escola tem protocolo assinado com determinada instituição, é nessa instituição que os seus alunos vão fazer o estágio, por isso, não creio que seja tão complicado assim haver essa complementaridade de informação, aliás, este e outros problemas são mais facilmente ultrapassáveis.” (PE) EA.

“As escolas e departamento de formação deveriam fazer a marcação de reuniões e complementar com alguma informação, o que nós temos que fazer na supervisão dos alunos. Os orientadores dos alunos deveriam ter essa relação de comunicação com o departamento de formação.” (PE) EH

“Para resolver estas dificuldades, acho que as escolas têm que ter o papel de chamar os enfermeiros dos serviços para as escolas e eles participarem mais no ensino clínico dos alunos. Deviam fazer verdadeiras parcerias.” (PE) EJ

Segundo Gomes (2003: XI) a importância das parcerias na formação de profissionais de enfermagem reside no facto de “...cada um dos orientadores clínicos contribuir com os saberes e competências que melhor domina tornando a formação dos estudantes mais completa, coerente e consistente”, o que Malglaive (1997) considera um verdadeiro trabalho de gestão pedagógica na formação em alternância e que Abreu (2003) entende ser um processo estruturante da formação dos enfermeiros.

Nas conclusões do seu estudo Carvalhal (2003: 160) considera que as parcerias alargam o horizonte e a articulação escolas-organizações de saúde, o que evoca a existência de um projecto comum entre os actores, criando “...um novo espaço normativo, nova ética nas relações entre os actores dos dois espaços de formação”, e a introdução de mais um parceiro no processo de aprendizagem clínica dos alunos. A autora defende ainda que, considerando-se as parcerias como a “fusão” das partes, torna-se imprescindível que “...se conheça e perceba o que cada um dos parceiros valoriza no papel de orientador clínico, que é agora um papel partilhado com um parceiro, até então afastado dessas funções, o que obrigou necessariamente a um reajustamento das concepções do papel de orientador clínico” (ibidem, 2003: 160), convergente com os interesses da construção de um projecto comum.

Neste sentido, entendemos importante a perspectiva de Abreu (2003) ao considerar que a colaboração entre as instituições de ensino e as de prestação de cuidados é um processo que compreende um conjunto de acções deliberadas e coordenadas para a prossecução de determinadas finalidades, consideradas pelos diversos protagonistas como sendo de interesse comum.

Esta é uma problemática que está na ordem do dia, dada a importância que tem para a evolução da própria profissão, razão pela qual tem sido objecto de diversos estudos, inclusivamente da OEP, enquanto entidade que tem como desígnio fundamental “*promover a defesa e qualidade de cuidados prestados à população (...) e fomentar o desenvolvimento da formação e da investigação em Enfermagem, pronunciar-se sobre os modelos de formação e a estrutura geral dos cursos de enfermagem*” (Asseiro, 2001: 1).

As questões ligadas aos modelos de formação e acreditação constituem prioridades para a Ordem dos Enfermeiros, pelo que tem desenvolvido esforços no sentido de definir modelos de formação, a nível graduado e pós graduado, congruentes com as qualificações exigidas para o exercício profissional, promovendo a reflexão integrada da temática, organizada em três eixos estruturantes: estrutura curricular, cooperação inter-organizacional e acreditação dos espaços de formação e formadores (ibidem, 2001).

Não obstante a consciencialização de que a cooperação é uma atribuição de ambas as organizações, não devemos esquecer que é às escolas que a sociedade pedirá contas sobre a qualidade dos enfermeiros que formam, tornando-se imperioso que estas façam um

levantamento dos recursos que possuem, através de uma actuação conjunta, pois a evolução da profissão só é possível através da estreita colaboração entre os contextos da prática e as escolas (Pinto, 2000).

4. O SUPERVISOR CLÍNICO NO QUADRO INSTITUCIONAL

A forte componente prática da profissão imprimiu, desde sempre, uma forte ligação da formação em enfermagem aos contextos de trabalho, obrigando, desde cedo, a uma integração entre a teoria e a prática. Quer a nível da formação inicial (através do ensino clínico), quer a nível da formação contínua, as organizações de saúde constituem espaços privilegiados de formação, proporcionando a apropriação de saberes e o desenvolvimento de competências essenciais ao exercício profissional, estimulando a reflexão sobre a prática, contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional que se prolonga ao longo da vida.

É na matriz da epistemologia da prática que Schön (1987) defende que a formação dos futuros profissionais inclua uma forte componente reflexiva, a partir de situações práticas reais. Uma formação desta natureza exige que o formando se desenvolva sob a orientação de um formador que, simultaneamente treinador, companheiro e conselheiro (*coach*), lhe facilita a construção activa do conhecimento na acção, segundo uma metodologia de aprender a fazer fazendo (*learning by doing*) (ibidem, 1987).

À luz do pensamento de Schön o papel do orientador clínico não consiste propriamente em ensinar, mas em facilitar a aprendizagem. A sua actividade articula o dizer com o escutar, a demonstração com a imitação, tendo sempre subjacente uma atitude de questionamento como via para a decisão.

4.1. FUNÇÕES E PAPEL SOCIAL

Actualmente já é considerável a produção científica em torno do supervisor clínico, as suas funções, competências e características que este deve possuir. Desde Donald Schön nas obras “*The reflective Practitioner*” (1983) e “*Educating the Reflective Practitioner*” (1987), Bernard e Goodyear (1998), Sloan (1998), May (2003), Abreu (2003), entre outros, referem-se aos atributos, competências e papel do supervisor.

A análise das narrativas deixou-nos bem claro que os actores desenvolvem funções que estão inerentes às práticas de supervisão. Porém, estes evidenciam grandes dificuldades no desenrolar dessas funções, devido à indefinição das mesmas. Neste sentido

referem que a implementação de uma política de SCE organizacional deva contribuir para clarificar essas funções:

“Não existem responsabilidades formalmente escritas relativamente à supervisão. Agora, tenho responsabilidades inerentes àquilo que eu faço. Oriento os alunos em estágio e os colegas do serviço. Os colegas chamam-me para avaliar, para ver, para discutir... Neste aspecto tenho essa responsabilidade. Acabamos por fazer uma supervisão, embora não seja nada estruturada, bem delineada, mas acabamos por a fazer.” (SU) EC

“Às vezes não sabemos bem se algumas coisas fazem parte das nossas funções, ou não, até onde podemos ou não ir. Se calhar nós, não digo todos os meses, mas de x em x tempo, devíamos reunir-nos todos, e pensarmos bem o que é o enfermeiro de referência e o supervisor... começamos a dizer “o enfermeiro de referência é isto, deve fazer aquilo e tem que ser assim em todos os serviços!”. Isto, moldando a supervisão a cada pessoa, pois cada uma tem uma maneira de trabalhar diferente.” (SU) EG

“Também era preciso ter critérios bem definidos do que é que será essa supervisão e o que é que era exigido nessa supervisão e qual é o nosso papel enquanto supervisores.” (SU) EA

Estas narrativas mostram-nos o olhar crítico dos actores face à indefinição das suas funções e do seu próprio papel, não sendo claros os contornos nem os limites do seu desempenho enquanto supervisores dos alunos e colegas.

No decurso da discussão já tivemos oportunidade de analisar algumas das actividades que os nossos actores desenvolvem no âmbito da actividade supervisiva. Consideramos que entre as mais relevantes se encontram o ajudar os supervisandos a integrar a teoria e a prática, ajudar a reflectir sobre a realidade e a desenvolver competências profissionais, orientá-los e colaborar nas suas práticas, disponibilizar-lhes apoio e suporte emocional, assegurar a segurança e qualidade de cuidados e contribuir para a organização do trabalho. Porém, não obstante o desempenho destas funções, eles consideram que não o fazem de forma bem estruturada, deixando perceber que não têm bem determinadas linhas orientadoras da sua acção que lhes permitam conhecer bem os contornos e limites da mesma, referindo mesmo que não sabem bem o que se espera de si em relação às práticas supervisivas, sentindo necessidade de uma política que lhes clarifique o domínio da actividade supervisiva.

Face ao conhecimento do contexto em estudo e até à partilha de alguns destes problemas com alguns dos enfermeiros do HPH, gostaríamos de evidenciar o facto de no domínio da SCE, a indefinição de funções poder também ser acentuada pela sobreposição da actividade supervisiva com outras responsabilidades, das quais destacamos as administrativas e de gestão (Landmark *et al*, 2003). Embora os actores tenham referido a sobreposição de funções, não se referiram explicitamente à coexistência em conflito das mesmas, no entanto, nos longos períodos de contacto com alguns serviços deste Hospital, constatámos que estes exercem algumas actividades de natureza administrativa.

Tradicionalmente, os papéis e responsabilidades asseguradas pelos supervisores têm sido descritos como administrativos ou clínicos. Embora quase sempre exista alguma sobreposição dos deveres clínicos e administrativos dos supervisores, deve-se evitar ao máximo que tal aconteça, pois tem vindo a ser mencionado como um dos entraves ao adequado desenvolvimento da SCE (Bernard e Goodyear, 1998).

As funções do supervisor devem ser diferenciadas e indicadas pela política organizacional. Bond e Holland (1998) sublinham que, na sua opinião, os supervisores clínicos não deverão ser gestores de carreira, havendo necessidade de diferenciar bem as funções de um e de outro, pois consideram que a supervisão clínica, conduzida de forma administrativa, pode tornar-se num prática bastante restritiva em vez de reflexiva e de desenvolvimento.

O supervisor administrativo, pela própria necessidade profissional, precisa analisar aspectos dentro do contexto organizacional (Falvey, 1987 cit. por Bernard e Goodyear, 1998). O supervisor clínico, numa perspectiva ecológica, detém-se na singularidade de casos com que se confronta, ou seja, no desenvolvimento da aprendizagem dos supervisandos que tem sob sua responsabilidade. Neste sentido, ainda que de forma pouco definida, consideramos que as funções dos nossos actores face à actividade supervisiva, são congruentes com algumas das funções do supervisor clínico em enfermagem as quais consistem na “...*dinamização das equipas de enfermagem, desenvolvendo práticas de formação centradas em problemas; integrar-se nos projectos de desenvolvimento da instituição de saúde, participando activamente nos processos de auto-avaliação e nos projectos de melhoria de qualidade organizacional*” (Abreu, 2003: 60) e ainda aceitar constituir-se como “modelo” para os supervisandos colaborando no seu processo de

aprendizagem e de desenvolvimento de competências mobilizando os recursos locais no sentido de facilitar a mesma, facultar-lhes uma integração humana e cientificamente consistente, que lhe permitam atingir cada vez maior qualidade no cuidar (Cottrel, 2000a; Abreu, 2003).

Sintetizando, na política de SCE as funções e papel do supervisor formam o modo através do qual supervisor e supervisando trabalham juntos e se influenciam um ao outro. Os outros aspectos têm relação com o teatro da supervisão (instituição, utentes, supervisor e supervisando) e a relação supervisiva. O reconhecimento da importância de factores contextuais é extremamente útil, particularmente para a enfermagem, dado que muito poucos enfermeiros trabalham isoladamente, fazendo-o normalmente inseridos em equipas. Ou seja, o modo como estão organizadas as práticas afecta o modo como se desenvolve a supervisão. Por exemplo, a sobrecarga de trabalho e sobreposição de tarefas podem produzir fadiga e desgaste, fazendo com que o enfermeiro em vez de olhar as pessoas na sua individualidade, passe a vê-los como objectos de trabalho (Jackson *et al*, 1986 cit. por Van Ooijen, 2000).

4.2. ESTRATÉGIAS DE DESIGNAÇÃO

Relativamente às estratégias de designação dos enfermeiros de referência, que no nosso caso desempenham funções de supervisores clínicos, encontramos dois aspectos foco da atenção dos actores, e agora, da nossa própria atenção: quem designa e quais os critérios de escolha do supervisor.

Na opinião de grande parte dos actores a sua designação para ER foi da responsabilidade do enfermeiro chefe, apenas um dos elementos acha que as enfermeiras supervisoras e a administração participam neste processo de designação:

*“Como a instituição vai escolher? E como os próprios serviços escolhem?
Normalmente fica à responsabilidade do enfermeiro chefe.” (DS) EA*

*“Quer dizer, eu fui escolhida mas não me deu hipótese de,... simplesmente, eu ficava, porque me escolhia sempre a mim, porque o ficava a substituir na ausência dele. O Enfermeiro X foi o meu chefe durante muito tempo e era ele que delegava, por isso, penso que tenha sido ele a escolher-me.” (DS)
EH*

“Na altura em que ela [chefe] me convidou para ER, ...” (DS) EF

Gostaríamos ainda de referir uma das narrativas que aponta para a participação da administração no processo de nomeação do supervisor:

“Portanto, eu acho que, quer a administração, quer as enfermeiras supervisoras e mesmo os chefes, entram neste processo de escolha, ...” (DS) EI

Neste âmbito, salientamos o facto de alguns autores considerarem que, embora gestores e administradores possam desempenhar um papel na identificação do SCE, não deveriam ser estes os intervenientes no processo, pois este envolve um compromisso de profissionais da mesma área clínica, com experiência suficiente na mesma. Esta participação poderá conduzir a uma falta de clareza no tipo de supervisão a desenvolver (Bond e Holland, 1998).

Na opinião dos entrevistados E e H, o supervisor deveria emergir de dentro da equipa o que é corroborado pela perspectiva de Cottrel (2000a), ao considerar que, idealmente, deveria ser a equipa a escolher o SCE, conhecendo-o antes de iniciar a relação supervisiva:

*“Eu acho que sou enfermeiro de referência por natureza, ... emergi de uma forma natural.
Sou a pessoa mais antiga do serviço, estou cá desde que o serviço abriu, ... com mais experiência... fui aceite por todos como sendo de referência...” (DS) EE*

“O supervisor devia emergir da equipa!” (DS) EH

Ainda segundo a perspectiva de Cottrel (2000a), o facto do supervisor emergir do seio da equipa de enfermagem contribuirá para que todos os elementos tenham um conhecimento mais ou menos profundo das características daquele que escolheram para supervisor, e vice-versa.

Por sua vez, o actor C considera que cada enfermeiro ou grupo de enfermeiros é que deveria escolher o seu supervisor clínico:

“Cada pessoa ou grupo de enfermeiros é que deveria escolher o supervisor clínico, ...” (DS) EC

May (2003), Howatson-Jones (2003) e Winstanley e White (2003) apontam para que sejam os supervisandos a escolher o seu supervisor. O último conclui que o facto de ser o próprio supervisando a escolher o seu supervisor tinha aumentado a qualidade da relação supervisiva e dos próprios cuidados oferecidos aos utentes. Isto pode ser explicado pelo facto do supervisando estar mais disponível para a aprendizagem na presença de alguém que ele escolheu para o ajudar nessa tarefa. O facto de haver uma maior afinidade com o supervisor permite um compromisso mais efectivo na relação supervisiva, na medida em que, à partida, haverá uma maior proximidade, confiança e concordância com entre os intervenientes na relação (Winstanley e White, 2003).

Consideramos que este é um argumento que deverá ser tomado em consideração no delinear da política de SCE a implementar na organização, no entanto dado o conhecimento que temos do contexto, esta possibilidade apenas nos parece viável no sentido em que os supervisandos possam fazer esta escolha entre os supervisores identificados pela organização para a respectiva unidade de cuidados onde exerçam funções.

Relativamente aos critérios de selecção dos ER, tal como o que se passa com a sua designação, alguns dos actores referem que não têm um conhecimento formal sobre os mesmos, outros consideram que são ER apenas por uma questão de interesses organizacionais, na medida em que o ER trabalha no turno da manhã e nem todos estão na disposição de fazer este horário, tendo a organização que se limitar aos elementos que estão disponíveis para tal. No entanto, a grande parte dos entrevistados pensam que algumas das suas características pessoais e profissionais, tais como a experiência, as habilitações e a antiguidade no serviço (na medida em que lhes confere experiência), estarão na base da sua identificação como ER:

“Formalmente, nunca me foi dito [critérios de selecção], mas penso que foi pela experiência, pelo tempo de serviço... Também acho que isto, de certo modo, é uma conquista e, não tenho a menor dúvida que há elementos que não têm características para orientar alunos nem colegas. Muito menos formação!” (DS) EH

“O enfermeiro de referência teria que ser um enfermeiro que fazia só manhãs. Portanto, eu fiquei porque já estava de horário fixo, estava a exercer funções de chefia, foi esse o critério... embora todas sejam graduadas! Talvez seja esse o único critério... não houve nenhum outro critério bem delimitado e bem definido. Eu acho que isso é mau!” (DS) EC

“O critério que até agora tem sido usado, tem sido a pessoa que, enfim, ... tenha uma formação em termos académicos superior, uma antiguidade também superior, o facto de estar sempre no serviço também, ao permitir a continuidade da orientação. A experiência profissional e a formação académica contam muito e características pessoais também. Foi também quase que exigido ser um critério, em termos de tomar essa responsabilidade, que fosse um enfermeiro especialista...” (DS) EA

Parece-nos, de todo importante que o supervisor clínico seja informado dos critérios que são tomados em consideração para que possa desempenhar um papel de tal importância. Relativamente aos diferentes critérios enunciados pelos actores, eles são claramente consonantes com algumas das características essenciais ao supervisor, referidas por Srivastava (2002), Alarcão e Tavares (2003), Howatson-Jones (2003), Landmark *et al* (2003), Winstanley e White (2003), entre outros. A experiência é uma condição *sine qua non* identificada por todos os autores como fundamental entre as características que um supervisor deve possuir.

Para Schön (1987) o supervisor é um profissional que organiza as situações em que o aluno possa praticar e confrontar-se com problemas reais cuja resolução implique reflexão, levantamento e verificação de hipóteses, a experiência de ter cometido erros e a consciência da necessidade e do valor de ajuda dos outros, assim como o aperfeiçoamento constante que tem na origem o auto-conhecimento operativo. Tal papel só pode ser desempenhado pelo supervisor que Alarcão e Tavares (2003) designam por “*profissional mais experiente e mais informado*”, que orienta o supervisando no seu desenvolvimento humano e profissional.

Benner (2001) considera que as práticas se desenvolvem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados; estas não podem ser completamente objectivadas nem formalizadas, porque têm sempre de ser trabalhadas em novas formas no âmbito de interacções particulares que ocorrem em momentos reais. Neste âmbito as práticas clínicas excelentes requerem acção e raciocínio em transição com situações particulares (Taylor, 1993; Benner, Tanner & Chesla, 1996; Benner, Hooper- Kyriakidis & Stannard, 1999; cit. por Benner, 2001).

À luz do modelo de aquisição de perícia de Dreyfus, Benner (2001) considera que os enfermeiros que se situam em níveis de proficiência iniciais devem ser supervisionados por enfermeiros “peritos”, ou seja, enfermeiros com uma elevada experiência, que compreendem de maneira intuitiva cada situação e apreendem directamente os problemas sem se perderem num largo espectro de soluções e diagnósticos estéreis.

Neste contexto, considerámos extremamente importante a opinião de um dos actores, quando refere:

“Sou a pessoa mais antiga do serviço, estou cá desde que o serviço abriu, ... com mais experiência... fui aceite por todos como sendo de referência... Mas uma experiência que seja reconhecida pelos outros como uma experiência boa, uma experiência de boas práticas, de bons conhecimentos. Não é só porque se trabalha há quinze ou vinte anos que se é experiente. Pode-se trabalhar há vinte anos, com más práticas. É nesse sentido, considero importante uma experiência positiva, com conhecimentos, ser uma verdadeira referência nesse sentido.” (DS) EE

Aqui, com a palavra “experiência”, o actor não faz apenas referência à passagem do tempo. Tal como na concepção de Benner (2001), trata-se antes de “...melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria” (Gadamer, 1970; Benner & Wrubel, 1982; cit. por Benner 2001: 61). A teoria “...oferece o que pode ser explicitado e formalizado mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (ibidem, 2001: 61).

Verificámos também que alguns dos actores consideram ter sido seleccionados tendo em vista o facto de serem especialistas numa determinada área:

Foi também quase que exigido ser um critério, em termos de tomar essa responsabilidade, que fosse um enfermeiro especialista... Foi mais uma responsabilidade que o enfermeiro especialista tinha e não um estatuto. E também porque o enfermeiro especialista é visto, um pouco, como não detentor de mais conhecimentos em termos de se diferenciar, mas, diferencia-se, automaticamente, porque a experiência já a tem e já teve outra formação.” (DS) EA

A categoria profissional de especialista é conferida a alguns dos enfermeiros que, na sua formação académica, fizeram uma especialização específica, o que de certo modo lhes confere perícia nessa mesma área. No entanto, face às condicionantes sócio-políticas que se têm verificado, há já vários anos que não se formam enfermeiros especializados, donde tenha vindo a diminuir o número destes profissionais nas instituições de saúde. Sabemos também que nem todos os enfermeiros especializados são especialistas (de carreira). Por outro lado, consideramos que, muitos enfermeiros, apesar de não serem detentores de uma especialidade ou da categoria profissional de especialista, podem ser detentores de grande perícia.

Em termos de carreira cabe, maioritariamente, ao enfermeiro especialista as funções de supervisão. Entendemos que possa haver alguma vantagem em ser este profissional desempenhar as funções de supervisor clínico, na medida em que na sua formação é contemplada a área da formação pedagógica; porém, teria que reunir todas as outras características que deve reunir o supervisor clínico, inclusivamente formação específica na área da supervisão.

Por outro lado, consideramos ainda que o enfermeiro especializado (grau académico) ou o enfermeiro a quem seja reconhecida perícia numa determinada área, poderão também desempenhar as funções de supervisores clínicos, a partir do momento em que reúnam as condições necessárias à prática da mesma, inclusive a formação específica, pois, tal como apontam a generalidade dos estudos consultados, este é um dos requisitos essenciais ao supervisor clínico (Cottrell, 2000b; Howatson-Jones, 2003; Landmark *et al*, 2003; Winstanley e White, 2003).

Relativamente ao domínio dos critérios de designação do supervisor, as opiniões dos actores são corroboradas pelo estudo de Cottrel (2000b), ao considerar que o SCE deve ter os seguintes atributos:

Experiência – o supervisor clínico deve ser detentor de experiência na área em que vai exercer a supervisão;

Perícia – o reconhecimento da perícia pode ser formal ou informal, dentro da organização;

Aceitabilidade – é importante que o supervisor clínico seja aceite por aqueles que supervisiona;

Treino – o treino é considerado como a formação na área da supervisão. Seria de todo desejável que, no início da sua actividade supervisiva, os supervisores clínicos recebessem treino em formação contínua. A formação inicial é considerada necessária mas não suficiente para assegurar a elevada qualidade da supervisão. A formação, treino e experiência adicionais em supervisão são considerados essenciais para ajudar a desenvolver competências supervisivas (Cottrel, 2000b).

Considerámos ainda interessante o facto de um dos entrevistados referir que ao considerarem a antiguidade como critério de selecção do supervisor clínico, teria na base a identificação de um supervisor com as características do perito, segundo Benner (2001):

“...penso que ao considerarem a antiguidade, isso terá por detrás o factor conhecimento, experiência e intuição para que nos remete a Patrícia Benner.” (PA) EI

Não obstante a experiência, a perícia, as habilitações e a formação/treino específicos na área da supervisão e a aceitabilidade, os actores referiram ainda aspectos intrínsecos à própria pessoa, que consideram ter estado na base da sua identificação:

“Na altura em que ela me convidou para enfermeira de referência, o que ela me disse é que eu era um elemento extremamente organizado, que dava tranquilidade à equipa, que a conseguia manter unida e fazer um bom trabalho junto dela, que era uma pessoa calma e também pelos anos de profissão e experiência anterior que tenho. Não pela experiência em

obstetrícia, porque apenas vai fazer três anos que cá estou, mas pelo meu curriculum como enfermeira, achou que seria bom eu assumir esse papel. E também pela minha avaliação. Como é óbvio. Foram essas as condições básicas. Eu era um elemento extremamente estabilizador para a equipa. Em momentos de crise ou conflito, conseguia manter as coisas calmas e resolver as situações sem grandes alaridos.” (DS) EF

Sendo a qualidade do relacionamento da própria supervisão o determinante principal da eficácia da relação supervisiva, diferentes autores defendem que na base da qualidade dessa relação estão características inerentes ao próprio supervisor. Neste âmbito, diversos estudos concluíram que a empatia, a sensibilidade, a generosidade, a integridade, a responsabilidade, a paciência, a curiosidade intelectual, o rigor, a capacidade de liderança, de comunicação, de gestão de conflitos e de tomada de decisão e ainda habilidades emocionais (Bond e Holland, 1998; Hagler, 1991 cit. por Cottrel, 2000b; Srivastava, 2002; May, 2003; Winstanley e White, 2003), são características essenciais ao supervisor clínico.

4.3. RELAÇÕES E ENQUADRAMENTOS FUNCIONAIS

Como discutimos anteriormente, as qualidades pessoais e interpessoais são centrais à relação supervisiva. A supervisão envolve um processo de interacção entre supervisor e supervisando em diálogo com o meio envolvente.

No domínio relacional, os actores identificam alguns aspectos que consideram fundamentais ao seu enquadramento funcional, bem como às relações que mantêm com o contexto organizacional. Estes consideram que na base do sucesso do seu desempenho enquanto supervisores, estão o tipo e qualidade de relação que mantêm com a chefia e com os seus colegas de serviço, a articulação e grau de proximidade que mantêm com os mesmos.

A análise das narrativas leva-nos a compreender que a articulação entre o enfermeiro supervisor e o enfermeiro chefe está intimamente relacionada com a qualidade e grau de proximidade que têm no seu relacionamento:

“Eu e a enfermeira chefe temos ideias muito próximas em termos de filosofia de cuidados e de prioridades e, acho que conseguimos organizar bem as coisas e isso contribui para que o meu trabalho se torne mais fácil. Inclusive as avaliações de desempenho, que são feitas periodicamente, que faço-as sempre com a ela, e aí, tiramos uma série de informações sobre a formação o resultado da formação que está a ser levada a cabo no serviço e o que temos que melhorar. Temos uma relação profissional muito próxima e discutimos tudo sobre o serviço.” (RC) EC

“Dou-me extremamente bem com ela e acho que é uma boa chefe. Converso bastante com ela acerca do meu trabalho e das minhas coisas e ela avaliou a minha personalidade ao longo destes três anos, também por isso. O darmos tão bem facilita imenso o nosso trabalho dentro do serviço.” (RC) EF

Estas narrativas são bastante elucidativas da relação e articulação que, no geral, os actores mantêm com a chefia. Sendo que, na actualidade, o enfermeiro chefe praticamente funciona como um gestor do serviço, a relação que se estabelece entre ele e o supervisor clínico é fundamental.

Havendo um bom entendimento e uma relação estreita entre ambos, o enfermeiro chefe perceberá mais facilmente quais as dificuldades e necessidades do supervisor clínico e do próprio dispositivo de formação/supervisão. Por outro lado, a proximidade com o supervisor pode torná-lo mais sensível para os seus problemas e dificuldades.

Neste contexto, o enfermeiro chefe, deve zelar pela qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que tem a seu cargo. Não obstante esta qualidade seja uma tarefa multiprofissional, no serviço, é o chefe que tem a competência e legitimidade para desenvolver os esforços necessários à adequação de recursos e criação das estruturas que obviem o exercício profissional de qualidade, a nível da enfermagem. Daí que, a relação e grau de proximidade entre ambos possa contribuir para a identificação e resolução de problemas relativos às práticas dos supervisores, de uma forma mais eficaz e integrada.

Segundo o estudo de Garrido (2004), no âmbito da supervisão e qualidade de vida dos enfermeiros, o nível de satisfação com a supervisão clínica é mais elevado na categoria profissional mais baixa da carreira de enfermagem. Sendo os nossos actores enfermeiros especialistas e graduados, terá que haver um esforço acrescido por parte deles e dos seus supervisores (os chefes), no sentido de se estabelecer uma relação supervisiva o mais eficaz possível, e uma maior satisfação pessoal e profissional. Pois, como é fácil de

depreender, a supervisão recebida pelo ER condicionará a supervisão que este dispensa aos seus supervisandos.

Dado que a supervisão integra uma rede complexa de pensar e interagir é de todo importante que o diálogo e a relação de ajuda devam ser estimulados entre os profissionais dos serviços.

Também o emergir da prática reflexiva e de uma cultura de segurança e honestidade só é possível através do senso de uma experiência compartilhada, de se participar num projecto comum enquanto fenómeno que cria na equipa um senso colectivo de coesão (Cutcliffe, 2001). É neste registo que nos parece desenvolverem-se as práticas dos nossos actores, um registo em que a relação de ajuda é tão central ao cuidar, como à supervisão ou nas relações interpessoais entre os profissionais do serviço.

Ainda no domínio das relações e enquadramentos funcionais, os actores consideram que o tipo de relacionamento que mantêm com os colegas de serviço (a quem disponibilizam supervisão), bem como o reconhecimento, são factores importantes para o desempenho das suas práticas.

Na situação em estudo, os elementos que fazem parte da equipa são também os enfermeiros a quem os actores disponibilizam supervisão e, pelo que pudemos perceber, as relações existentes entre eles, na generalidade são boas. No entanto, e segundo referem dois dos entrevistados, esta relação e a aceitação do grupo, face ao supervisor, varia um pouco em função de algumas condicionantes:

“A relação que existe dentro do serviço é muito boa e é muito fácil comunicar com os colegas. Eles têm atitudes muito positivas. Na globalidade fui bem aceite por eles e isso facilita muito a nossa relação de trabalho.” (RCW) EE

“Depende das fases. Se o serviço estiver muito complicado em relação ao trabalho e formos perguntar aos enfermeiros, eles acham que os ER deviam apoiar mais em termos de cuidados, fazer mais isto ou aquilo. Mas, de uma forma geral, as pessoas aceitam-me bem e aceitam as indicações que eu dou.” (RCW) EC

“Ao início, embora nunca o manifestassem, eles não aceitaram muito bem, ... acharam que era alguém que andar a tomar conta deles, a vigiá-los que lhes chamava a atenção e isso criou-me algumas dificuldades na orientação... Depois começaram a aceitar bem e as coisas começaram a correr melhor.

As pessoas têm medo e não gostam de ser vigiadas.” (RCW) EL

Segundo Bond e Holland (1998), a boa relação entre os supervisores e os restantes elementos do serviço contribui para uma supervisão mais eficaz, o que, por sua vez, vai contribuir para uma aliança de funcionamento mais efectiva dentro do grupo.

No caso do entrevistado E, a boa relação e comunicação dentro da equipa contribuiu para que o aceitassem bem como supervisor, o que por sua vez lhe facilita a prática da supervisão. No caso do entrevistado B, em momentos de maior volume de trabalho parece-nos haver uma maior dificuldade na relação, no entanto este considera que, ainda assim, é bem aceite como supervisor.

Por sua vez, o entrevistado L refere que numa fase inicial, embora os colegas não o manifestassem, este sentiu que não o aceitaram muito bem porque achavam que ele estaria ali para vigiá-los, o que lhe criou algumas dificuldades na prática.

Daqui depreendemos que nos momentos em que os supervisandos se confrontam com um aumento do volume de trabalho, logo, maior complexidade das práticas, estes sentem a necessidade de apoio do supervisor, apoio este que pode mesmo consistir na colaboração na prática de cuidados.

Relativamente ao facto do entrevistado L ter dificuldades iniciais na relação, logo na prática da supervisão, dado os supervisandos desconhecerem a natureza da mesma, consideramos que, de certo modo, isto se deve ao facto de não haver na instituição uma política clara de supervisão clínica. No entanto, daqui retiramos um dado importante: os supervisandos não aceitaram bem o facto de haver um elemento que lhes disponibilizasse uma supervisão que entenderam passível de se centrar no vigiar das suas práticas.

Neste caso, tendo em vista a perspectiva dos supervisandos, a supervisão a disponibilizar pelos supervisores deverá ser uma supervisão mais centrada na de orientação e aconselhamento e não tanto na vigilância.

Por outro lado, verificámos também que, só o facto de existir uma possibilidade de ser disponibilizada uma supervisão mais rígida deu origem a dificuldades de relação entre os participantes na supervisão.

Consideramos que o relacionamento e enquadramento funcional dos actores, giram em torno da “...*profunda imbricação das dimensões intra e interpessoais, que constituem a*

essência relacional e comunicacional dos processo de supervisão a todos os níveis em que possa e deva ser considerada” Sá-Chaves (2000: 130). O contexto clínico exige um esforço de transformação pessoal e colectivo na busca de soluções para os problemas e da concertação de saberes dos saberes, das competências e singularidades com vista ao bem comum da organização e à (trans)formação social que, nele e com ele se opera (ibidem, 2000).

5. O HOSPITAL E AS DINÂMICAS DE QUALIDADE: ATITUDES E PRÁTICAS

Actualmente o debate sobre a qualidade na produção de bens e prestação de serviços constitui objecto de grande produção científica. Porém, neste contexto, a qualidade dos serviços oferecidos à população, no âmbito social e da saúde, assume particular relevância, o que se deve a múltiplas razões, entre as quais os recursos atribuídos ao sector e os custos que eles representam para a sociedade que os suporta (Hesbeen, 2001).

Esta problemática tem dado origem a negociações internas nas próprias organizações de saúde onde discussões e decisões tentam dar origem a um equilíbrio entre as necessidades reais, as políticas e as pressões de diversa natureza.

Foi perante estas discussões e condicionalismos que o HPH foi inaugurado em Março de 1997, tendo sido concebido no sentido de dar resposta aos modernos conceitos de qualidade, segurança e eficácia, para a prestação de cuidados diferenciados, ao longo do ciclo vital, a doentes em situação de doença aguda e crónica.

A tomada de consciência da realidade e dos recursos da saúde disponíveis no concelho de Matosinhos, conduziu à fusão dos mesmos, pelo que, passados dois anos, em Junho de 1999, este passou a ser parte integrante da ULS de Matosinhos, que tem procurado a mobilização otimizada de recursos em proveito da melhoria dos serviços prestados à comunidade que serve. Neste sentido, no ano de 2000 o HPH assina um protocolo com o KFHQ, no sentido de aderir ao programa de melhoria da qualidade desta instituição.

A implementação de um programa de qualidade que inclua a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem deve começar pela definição do projecto, o que implica que se defina o propósito da mesma, que a equipa que vai directamente estar envolvida na sua execução esteja motivada, que se identifique o projecto como sendo um processo a ser avaliado e não o resultado final, quando é estudado um sistema (ex. medicação) este deverá ser limitado a um único processo contido nesse sistema (ex. preparação da medicação) (Carneiro, 2001).

5.1. QUE DESENVOLVIMENTOS ORGANIZACIONAIS?

No sentido de alimentar o seu prestígio e a imagem de qualidade que consegue oferecer aos seus profissionais e utentes, em 2000, o HPH adere ao programa de acreditação do KFHQS, completando o primeiro grupo de sete hospitais piloto, a aderir a este programa.

Segundo os participantes neste estudo, a adesão ao programa fomentou vários desenvolvimentos a nível organizacional. Esses desenvolvimentos consistem, fundamentalmente, na formalização da supervisão na medida em que este programa de acreditação, faz referência explícita à SCE, na definição de procedimentos das práticas e na criação de auditorias o que veio a culminar numa melhoria a nível organizacional.

Como já tivemos oportunidade de referir, o debate sobre a SCE chegou-nos, também, através da implementação de programas de melhoria da qualidade nas organizações de saúde, no nosso caso, o *King's Fund*. Neste programa, tal como é percebido pelos actores, entre as restantes normas, existem as normas de orientação, entre as quais a “Norma 51”, a qual nos aponta as *guidelines* dirigidas ao serviço de enfermagem, fazendo referência explícita à prática da SCE:

“Uma das normas do King's Fund refere-nos a supervisão clínica em enfermagem. Penso que está tudo interligado, o processo da acreditação, o início dos enfermeiros de referência, talvez para fomentar mais a supervisão. Quando se começou a falar do enfermeiro de referência, penso que já foi uma aproximação e preparação para o processo de supervisão clínica.” (CQS) EI

As narrativas são elucidativas da opinião da generalidade dos actores, no sentido em que sentiram que a implementação do programa obrigou a uma maior formalidade das suas funções, sendo que, o actor C tem a percepção de que existe uma norma que é explícita relativamente à prática da SCE, que este considera estar base das funções dos enfermeiros de referência, neste domínio.

De facto, a “Norma 51” aponta para que, relativamente ao critério da gestão de pessoal, todos os enfermeiros tenham acesso a aconselhamento profissional de

enfermagem e que todos os enfermeiros recentemente qualificados tenham um enfermeiro responsável pela sua integração no serviço.

Relativamente ao critério de desenvolvimento e formação do pessoal, é determinado um período de tempo a ser disponibilizado para a actualização profissional e formação contínua (de acordo com legislação em vigor), explicitando que a formação e treino adicional devem ter supervisão contínua apropriada para apoiar os enfermeiros a desenvolverem-se no âmbito da sua prática profissional. É ainda clarificado que neste sentido, a SCE deve fomentar a reflexão sobre a prática clínica (King`s Fund, 2000).

As normas de orientação clínica (NOCs), designadas em Inglês por *guidelines*, têm sido propostas como uma referência para a tomada de decisão, constituindo-se deste como instrumento de qualidade dos actos dos enfermeiros. As NOCs possuem o potencial de melhorar os resultados (*outcomes*), minimizar os riscos e aumentar a eficiência dos cuidados. Estas são definidas como um conjunto de recomendações, desenvolvidas de maneira sistematizada, que se destinam a apoiar o técnico de saúde e também o utente, na tomada de decisões acerca dos cuidados de saúde, em situações específicas (Carneiro, 2001).

O programa do KFQS é susceptível à diversidade cultural, daí a possibilidade de adequação das NOCs a cada realidade específica. No caso da organização em estudo, estas foram adequadas às realidades dos serviços (Morujão, 2001b).

A implementação do programa da qualidade levou a que os serviços fossem reorganizados e inclusivamente que fossem criados protocolos e formalizados procedimentos de actuação:

“...a acreditação, exigiu uma reorganização de alguns aspectos no serviço; as coisas tiveram que ficar ordenadas, houve aquele complemento escrito e protocolos que tiveram que se organizar, procedimentos que tiveram que ficar formalmente escritos, tiveram que ficar documentados. Nós temos uma capa, toda ela completa, que é o manual de normas e procedimentos. Até a integração de novos profissionais e alunos foi formalizada, com a criação de um manual de integração.” (CQS) EA

“Por outro lado, uniformizou procedimentos, o que facilita a orientação de alunos e profissionais. Em relação aos alunos acaba por facilitar também. O aluno chega e sabe que tem documentos, por exemplo, manuais de apoio

para a preparação de terapêutica, que vieram no sentido de satisfazer critérios e uniformizar os procedimentos...” (CQS) ED

De facto, os desenvolvimentos organizacionais identificados pelos actores, a nível da definição de procedimentos, são consonantes com uma das etapas de implementação do processo de melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem. Este visa, entre outros aspectos, a redução das variações em que um mesmo processo ocorre, de modo a que se vá ao encontro de normas institucionais de prestação de cuidados. Se tal acontecer, o pessoal deve ser treinado e qualificado para executar adequadamente o processo, procedendo às mudanças no mesmo, de acordo com as necessidades organizacionais (Sale, 2000).

A autora considera ainda que antes de se avançar para a análise do processo em causa, deverão ser dados alguns passos essenciais, entre os quais referimos: efectuar uma revisão de práticas, procedimentos e protocolos que possam dizer respeito ao problema; comparar com programas desenvolvidos por outros organismos ou instituições; efectuar uma revisão dos resultados da colheita de dados e compará-los com as actuais normas de cuidados; discutir no seio da equipa multidisciplinar as alterações práticas necessárias para resolver os problemas associados; desenvolver um plano de melhoria da qualidade que descreva como as rotinas serão alteradas para obtenção de um melhor controlo da qualidade; desenvolver um guia prático de protocolos e procedimentos, implementando as mudanças necessárias; avaliar as mudanças pouco depois de elas terem sido implementadas, ajustando o plano à observação efectuada; estabelecer tempos em intervalos específicos para monitorização da gestão do controlo de qualidade, assegurando que as mudanças estabelecidas continuam a ser correctamente praticadas; actualizar, desenvolver e acima de tudo divulgar práticas, procedimentos e protocolos, criados ou alterados com o processo (Sale, 2000).

Os actores referem também que a implementação do programa da qualidade conduziu à realização de auditorias:

“O programa da qualidade levou à criação das auditorias. As próprias auditorias obrigam a que as coisas funcionem correctamente...” (CQS) EA

O programa do KFHQS é um programa de “...melhoria e desenvolvimento interno dos hospitais, obtido através do cumprimento de um conjunto de passos (traduzidos em padrões e critérios) que culminam numa auditoria externa levada a cabo por entidades independentes que reúnem as competências e conhecimentos da própria organização auditada” (IQS, 2002: 14).

Segundo as narrativas, estes desenvolvimentos organizacionais terão dado origem a substanciais melhorias a nível organizacional:

“Em termos da organização da instituição, houveram aspectos importantes que mudaram e que nós não tínhamos minimamente organizados. Depois que se começou, e acabou por acontecer a acreditação, houve toda uma série de aspectos da organização geral do hospital que foram melhorados e que levaram até a uma maior facilidade no desempenho do nosso trabalho e a uma melhor qualidade dos cuidados. Embora nos cuidados não se note tanto, a nível logístico melhorou bastante.” (CQS) EC

“Aquilo de que eu me apercebi do programa de acreditação, teve muito mais a ver com o aspecto organizacional, nesse aspecto, melhoraram-se algumas coisas.” (CQS) EE

Como podemos verificar, na perspectiva dos actores, as mudanças introduzidas pela implementação do programa de acreditação da qualidade condicionaram, positivamente, os aspectos logísticos e a própria organização dos serviços, produzindo também melhorias a nível das práticas de orientação e supervisão e ainda dos cuidados oferecidos à comunidade.

A produção de melhoria da qualidade e desenvolvimento das organizações preside, certamente, à adesão das mesmas a programas que contribuam para o seu aperfeiçoamento nestes domínios. Neste sentido, verificamos que os desenvolvimentos organizacionais, referidos pelos actores como resultantes da implementação do programa de acreditação, traduzem a efectividade do mesmo na promoção da qualidade, concretizando os objectivos de todos os protagonistas do processo, desde a organização em estudo, ao próprio SNS.

5.2. OS ENFERMEIROS FACE AO PROCESSO DE MUDANÇA

Como já foi referido, segundo os actores, o processo de mudança inerente às dinâmicas de acreditação trouxe alterações substanciais à realidade e às práticas dos

mesmos. Estas mudanças fizeram-se sentir especialmente a nível das estratégias de supervisão, da qualidade e segurança dos cuidados praticados e na relação escola serviço.

A realidade actual obriga-nos a adoptar estratégias globais e integradas de desenvolvimento da qualidade na prestação de cuidados de saúde, as quais terão que passar pela melhoria da qualidade dos cuidados oferecidos aos cidadãos.

Perante isto, a estratégia que algumas das nossas organizações de saúde estão a adoptar, no sentido de dar resposta a este desafio, passa pela já referida implementação de programas de melhoria da qualidade organizacional, o que, à luz da opinião dos actores tem conduzido a desenvolvimentos positivos, inclusivamente no que concerne às suas práticas. Pois, ainda que estes possam não se verificar directamente relacionados com a prestação de cuidados ao utente, indirectamente, estes reflectem-se numa melhoria da qualidade dos mesmos.

Neste âmbito, eles consideram que os desenvolvimentos que se fizeram verificar no HPH, com a implementação do programa da qualidade, tiveram reflexo das práticas de supervisão, como se pode verificar pela análise do discurso:

“A mudança acaba por favorecer as pessoas que vêm de novo e os alunos. E, para quem orienta alunos ou mesmo para quem está dentro de uma equipa, pode dizer-se que agora temos algumas linhas de orientação. Mas é preciso melhorar...” (CQS) EA

“Em relação à orientação dos colegas, penso que melhorou. Porque é assim, começaram-nos a dizer, “vocês têm que orientar neste sentido, deixá-los trabalhar naquele e implementar novos métodos de trabalho.”” (CQS) EG

“Antes de haver o programa da qualidade a orientação fazia-se um pouco avulso, ... agora já há mais orientações.” (CQS) EH

“As reuniões de preparação dos estágios, promovidas aqui pelo centro de formação, terão a ver com o processo de acreditação. Penso que o programa de qualidade também trouxe alguns contributos neste sentido. A própria dinâmica que a acreditação gerou nos serviços fez com que as pessoas estivessem atentas e alerta para determinados princípios e normas de procedimento. Um aluno que venha fazer estágio para esta instituição, nunca vai para o serviço directamente, sem antes passar pelo centro de formação, no sentido de fazer um acolhimento à instituição, ...” (CQS) EJ

O facto de haver uma melhor organização a nível interno, do próprio trabalho dos ER, bem como a criação de linhas de orientação relativamente à integração e consequente orientação de alunos e profissionais, parecem-nos factores que, só por si, constituem reflexo da mudança e condicionantes das práticas de supervisão. Por outro lado, a definição de procedimentos, contribuiu para a mudança de estratégias supervisivas, enquanto factor facilitador da supervisão, tal como é referido, seguidamente, pelos actores.

O processo de mudança terá contribuído para que as práticas de alguns supervisores tenham sofrido *nuances*, na medida em que criou novas dinâmicas na relação escolas-serviços que, no entanto, ao longo da discussão, se verificou que deve melhorar:

“Com o programa de acreditação a escola melhorou a comunicação com os serviços através da reunião e comunicação com os profissionais orientadores dos alunos. Agora, ultimamente, penso que a escola se reúne com elementos do Centro de Formação e dos próprios serviços, apresenta os objectivos e mesmo os próprios alunos são apresentados, o que é gratificante para quem está a orientar. Também há uma reunião marcada com os monitores da escola e com os orientadores do serviço e é dado o conhecimento sobre o estágio, em si. Isto facilita-nos um pouco mais a orientação dos alunos. Mas, mesmo assim, tem que se melhorar!” (CQS)
EH

Face à relação profissional que mantemos com o HPH, enquanto docentes de uma escola de enfermagem, constatamos que se registaram evoluções neste sentido, fundamentalmente por intermédio do Centro de Formação, o qual desenvolveu um conjunto de projectos neste domínio. As exigências que são feitas às escolas que têm alunos em ensino clínico no HPH têm progredido no sentido do estreitamento desta relação. Verificamos uma crescente participação da organização, na preparação, organização e desenvolvimento do ensino clínico dos alunos de enfermagem.

Segundo os actores, o processo conduziu, também, à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados oferecidos aos utentes:

“Tudo isto se veio a reflectir, obviamente, numa qualificação de cuidados um bocado melhor. Porque ao obedecer a determinadas normas, é sempre no sentido de parâmetros de qualidade melhorados... Todos os alunos ou enfermeiros fazerem o procedimento da mesma maneira contribui para a qualidade de cuidados, quer no aspecto de não deixar uma mãe tão ansiosa

porque um enfermeiro prepara e administra a medicação de uma forma e o outro de outra.” (CQS) EA

“O programa de acreditação contribui para a diminuição dos erros dos profissionais, pois têm meios de suporte e informação, formalmente escritos.” (CQS) ED

“O programa da qualidade trouxe uma maior responsabilização dos profissionais. A nível da formação nós somos responsabilizados.” (CQS) EH

“A nível de prestação directa de cuidados, penso que prestaram mais atenção à qualidade dos cuidados e há uma maior preocupação. Se calhar anteriormente faziam-se as coisas sem não haver tanto aquela preocupação de cumprir normas da excelência...” (CQS) EL

“Mas, de qualquer maneira, acho que melhorou bastante. As pessoas foram forçadas a saber o que era a qualidade e, se agora não o fazem, se calhar, pode ser por desleixo. Agora, que eu noto, quando atendo os doentes, é que as pessoas realmente tentam esforçar-se por fazer melhor.” (CQS) EM

A ideia fundamental que presidiu à actividade do IQS, ao estabelecer o protocolo com o KFHQS é a de que “...para se obter mais e melhores cuidados de saúde é necessária maior compreensão, colaboração e cooperação entre todos os agentes envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Pisco, 2000: 1). Neste sentido, o mesmo autor refere que o presente programa de qualidade, permitiu realizar uma verdadeira revolução organizacional, serena e silenciosa, centrada na satisfação das necessidades e expectativas dos utentes internos e externos, reduzindo os custos da não qualidade.

Segundo França (2000), o grande benefício da utilização deste programa reside no facto de, antes de mais, criar uma cultura de qualidade interna à organização, promover o trabalho de equipa, a normalização de acções e procedimentos, a promoção de atitudes de planeamento e a promoção da responsabilização profissional.

5.3. REALIDADES E DESAFIOS

Como podemos verificar pelo decurso da discussão, a realidade do sistema apontamos para o desenvolvimento e implementação da supervisão clínica, no entanto, ainda há um longo caminho a percorrer.

Não obstante o programa da qualidade do KFHQS implementado no HPH tenha criado condições que proporcionaram melhoria nalguns dos aspectos da supervisão disponibilizada, o facto é que os nossos actores consideram ter grandes desafios pela frente. Neste âmbito, eles entendem que deve ser formalizada uma política de supervisão que proporcione uma maior responsabilização profissional, que constitua um contributo para a formação profissional, para a reflexão sobre as práticas e para o bem-estar pessoal e profissional e, como “fim primeiro”, contribua para a humanização do cuidar. Enfim, um contributo para a melhoria global da qualidade, onde a própria avaliação da supervisão será uma ferramenta essencial.

Pela análise do discurso verificamos que os actores acreditam na formalização da SCE, enquanto ferramenta fundamental à formação profissional, à reflexão sobre as práticas e a uma maior responsabilização profissional:

“Quem fizer o protocolo de supervisão clínica, tem que ter em consideração que este deve ser reforçado com formação adequada, porque senão, de forma nenhuma vamos chegar a sítio nenhum! Quando se implementar alguma coisa nesta área, que haja critérios muito bem elaborados e que depois haja a formação adequada para as pessoas que ficarem responsáveis por fazer a supervisão. (...) Eu acho que o poder haver alguém que consiga fazer uma orientação no cumprimento de normas... Se houver alguém com essa responsabilidade, de levar a cabo o cumprimento dessas normas, a qualidade dos cuidados acaba por ser beneficiada.” (SCQ) EA

“Se for uma supervisão que implique o raciocínio, a reflexão, a autocrítica, eu penso que tudo isto são pontos-chave para haver mudança no sentido da busca da qualidade.” (SCQ) EJ

“Não tenho a menor dúvida que a supervisão clínica em enfermagem terá influência a nível da qualidade, porque vai responsabilizar mais e melhor a equipa. Inicialmente pode ajudar a mostrar as competências, porque há profissionais que não sabem as competências, talvez isso lhes traga uma maior responsabilidade.” (SCQ) EH

Á luz da própria definição de supervisão clínica, segundo o UKCC (1996), Bond e Holland (1998), entre outros, esta consiste num processo formal de apoio e aprendizagem que permite aos profissionais desenvolverem conhecimento e competências, assumir responsabilidade pela própria prática e aumentar a protecção e segurança dos cuidados prestados aos utentes, em situações clínicas complexas, associando-lhe as habilidades emocionais. Esta visão integradora da SCE permite-nos compreender a importância da implementação de um dispositivo desta natureza reiterando a posição do UKCC (1996), ao considerar que a SCE deve contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais do contexto.

No decurso da análise das narrativas fomos verificando que talvez dos maiores desafios que se colocam aos nossos actores, numa actualidade repleta de adversidades de toda a natureza, seja o facto da implementação de uma política de SCE que possa constituir um contributo para a melhoria de qualidade em vários ângulos, inclusivamente na satisfação e qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, a qual se venha a reflectir na humanização do cuidar, que, só por si, constitui um dos maiores desafios da sociedade actual no domínio da qualidade dos cuidados:

“O que eu acho fundamental é que se tivermos pessoas, profissionais e alunos, bem cuidadas, temos pessoas com muito mais disponibilidade para ouvir, para trabalhar e para cuidar. Se nós cuidarmos bem de nós, naturalmente, cuidaremos bem dos outros.”
(SCQ) EB

“Se conseguirmos que o enfermeiro de referência faça esse acompanhamento da parte relacional e obtermos esses indicadores, nós depois podemos melhorar na parte relacional. É sem dúvida fundamental que os enfermeiros estejam bem consigo mesmos, que estejam bem emocionalmente. Ao prestar melhores cuidados estamos a contribuir para a filosofia global da qualidade. Com supervisores deste tipo, consegue-se que os enfermeiros tenham uma tal evolução, não só nos cuidados que prestam no aspecto técnico, mas também no aspecto humano; sentem-se mais seguros, muito mais satisfeitos, muito mais realizados, mais felizes.” **(SCQ) EE**

“As pessoas estando melhor orientadas, mais felizes e bem consigo mesmas, prestam melhores cuidados.” **(SCQ) EI**

“Se eu estiver bem comigo, tenho gosto em prestar cuidados e tento atingir o limite máximo de qualidade; tenho disponibilidade mental para trabalhar bem.” (SCQ) EG

Há já alguma evidência científica sobre os benefícios pessoais da supervisão clínica (Butterworth *et al*, 1997; Hallberg e Norberg, 1993; cit. por Winstanley e White, 2003; Garrido, 2004), mas muito pouco em termos do efeito directo da SCE sobre o utente e a qualidade de cuidados que lhe é oferecida. Os estudos de Winstanley e White (2003), colocam também em evidência a relação entre a supervisão clínica, a melhoria da qualidade dos cuidados e satisfação dos utentes.

A generalidade da bibliografia consultada aponta-nos, para que a supervisão deva constituir um instrumento através do qual seja disponibilizado acompanhamento das práticas, suporte pessoal e profissional na reflexão sobre a acção (Holloway, 1995; Bond e Holland, 1998; Van Ooijen, 2000; Cutcliffe, 2001). Por sua vez, Munson (2002) considera que as dinâmicas supervisivas devem ser perspectivadas a nível da situação, da organização, da personalidade e da interacção. Embora todos os factores sejam igualmente importantes e intimamente interligados, o facto é que os aspectos pessoais, emocionais e a própria personalidade são fortemente condicionadores da interacção dos actores de contexto.

Como já foi referido no decurso desta discussão, à luz dos estudos efectuados na área das neurociências tem-se demonstrado que, ao contrário do que se pensava, as emoções são centrais à tomada de decisão.

Num dos estudos pioneiros realizados no nosso País, na área da SCE, Garrido (2004), ao relacionar a supervisão com a qualidade de vida dos enfermeiros verificou que os estes, na generalidade, têm uma boa qualidade de vida e que estão muito satisfeitos com a supervisão que lhes é disponibilizada.

Ao debruçar-se sobre os estudos de Daniel Goleman, Escada (2002) considera que, para que as pessoas se consigam auto-motivar e seguir na direcção certa da qualidade de vida, inerente ao seu bem-estar, estas precisam melhorar o seu relacionamento inter e intra-pessoal.

Os estudos sobre inteligência emocional efectuados por Goleman (2000), apontam para que a má gestão do tempo, planeamento inadequado, desorganização pessoal,

problemas de comunicação, dificuldades na tomada de decisão, falta de delegação, incapacidade para dizer não, perfeccionismo, não estabelecer objectivos pessoais e profissionais e o não ser flexível, conduzem ao stress e impedem a integração dos vários papéis que desempenhamos na vida, levando a consumos de energia excessivos e desnecessários, que acontecem a nível da relação intra-pessoal, das relações familiares, de amizade, de formação e de trabalho.

Na medida em que a SCE favorece e é favorecida pela componente relacional, ela proporcionará um desenvolvimento sustentado dos profissionais, não deixando lugar a gastos de energia tão excessivos, deixando as pessoas mais disponíveis para a prática prazerosa e imbuída de qualidade.

Tavares (1996) considera que a qualidade total não consiste apenas num programa, mas num processo complexo que exige uma atenção constante, uma renovação de crença na excelência, o desenvolvimento de competências técnicas, pessoais e profissionais para a sua efectivação. Estamos efectivamente face a um grande desafio que envolve toda a dinâmica social e organizacional, desde os domínios administrativos, os organizacionais e de gestão, pedagógicos, científicos, tecnológicos, sociais, políticos e humanos. A qualidade constitui, actualmente, um desafio à formação e às próprias profissões, pois tal como considera Tavares, citando Drügg e Ortiz (1994), *“a qualidade começa com educação e termina com educação”* (Tavares, 1996: 103).

Como refere Abreu (2002), aceitar e motivar o investimento oficial na SCE, tal como o fez o UKCC no Reino Unido, significa que os enfermeiros acreditam na mudança centrada no cidadão e, simultaneamente, que a sua capacidade de cuidar (e cuidar com qualidade) pode ser francamente melhorada se a profissão apreender a olhar para si própria. Deixamos a mesma pergunta colocada por este autor *“será demais dizer-se cuidar de si própria, para cuidar dos outros?”* (ibidem, 2002: 56).

Encontramos a resposta para esta pergunta em Tavares (1996), ao considerar que *“a qualidade é uma revolução que deve começar pelos esquemas mentais das pessoas, ou seja, pelas maneiras de pensar e de agir, de estar, que pressupõem um movimento novo e universal no sentido de um envolvimento diferente, individual e colectivo no interior das sociedades, das comunidades para uma cultura de sucesso que torne as pessoas efectivamente mais realizadas e felizes”* (ibidem, 1996: 103).

Como refere o entrevistado E:

“É evidente que existindo a figura do supervisor, enquanto pessoa disponível para fazer só a supervisão dos colegas, ... há mais segurança, ... menos stress, mais felicidade, ... melhores cuidados.” (SCQ) EE

Para terminar, os estudos realizados por May (2003) indicam-nos que o futuro é a avaliação da própria supervisão, tal como também consideram os actores.

“ [Os enfermeiros] Têm que testar, experimentar, discutir, trocar experiências, ver o que resulta com uns e outros, com os alunos e com os profissionais e, principalmente, fazer a avaliação da supervisão.” (PA) EB

Winstanley e White (2003) consideram que, na medida em que a implementação crescente da SCE obriga a grande consumo de recursos, principalmente humanos, é importante que se meça a efectividade da mesma. Por sua vez, Munson (2002) considera que a supervisão clínica tem que ser avaliada, sendo da responsabilidade dos supervisores a solicitação de avaliação periódica da avaliação formal e informal sobre a prática de supervisão que se administra. O debate metodológico ao redor da avaliação da supervisão clínica foi elevado por Butterworth, Bishop e Carson (1996), considerando no entanto que este é um processo complexo e multifactorial e que qualquer sistema de avaliação efectivo tem que monitorizar todos os factores, sob pena de ser influenciador dos resultados. Embora, actualmente, a avaliação da SCE não esteja suficientemente divulgada, já existem algumas ferramentas disponíveis que nos permitem verificar a sua efectividade, entre os quais o *“Clinical Supervision Manchester Evaluation”*.

6. CONCLUSÕES

A prática reflexiva é uma componente fundamental da supervisão clínica, constituindo uma estratégia formativa essencial. Nos últimos anos o debate sobre a temática tem ocupado um lugar privilegiado na literatura de enfermagem, enfatizando a necessidade de criação de espaço para a reflexão em contexto. A supervisão clínica constitui um meio potencial através do qual se pode estruturar espaço e tempo para reflexão, embora seja necessário um compromisso pessoal e organizacional para a proteger da erosão e da confluência com outros compromissos da organização. A reflexão crítica fomentada pela supervisão clínica proporciona um equilíbrio e uma aliança entre sentimentos, intuição, habilidades emocionais, capacidade cognitiva e quadros conceptuais. Contribui ainda, para o desenvolvimento de capacidades formativas e ajuda ao desenvolvimento pessoal e profissional.

Entre os aspectos mais importantes da supervisão clínica salientamos a sua potencialidade de proporcionar o desenvolvimento de capacidades de autoavaliação. Enfatizamos também o suporte pessoal e emocional e, ainda, o uso terapêutico do ego na relação supervisiva. O aspecto organizacional e contexto cultural onde esta se desenvolve, bem como o grau de liberdade com que é permitido aos actores reconhecerem e desenvolverem habilidades emocionais, são determinantes no processo de supervisão. Consideramos então que o propósito central da supervisão clínica é a promoção da aprendizagem sobre enfermagem e o suporte ao processo de socialização profissional.

Embora seja discutível a subordinação do processo de supervisão a condicionantes normativas, a investigação realizada indica ser desejável a existência de um modelo e de uma filosofia, definidas de forma instituinte. Trata-se de uma questão pragmática, tanto mais que é um imperativo do modelo de acreditação da qualidade.

Como referido anteriormente, apesar da referência de alguns autores à escassez de evidência empírica em termos de resultados dos benefícios directos da SCE na qualidade de cuidados prestados aos utentes, outros afirmam que, de facto, a qualidade dos mesmos aumenta com a prática da supervisão (May, 2003). Já no que respeita aos benefícios directos da supervisão sobre os supervisandos estes são evidenciados por diversos autores, o que nos sensibilizou para a importância da SCE e de trabalhos que dêem visibilidade a

esta problemática no seio da enfermagem e que aprofundem as nossas convicções sobre a prática da mesma.

Enquanto docentes de uma Escola Superior de Enfermagem, consideramos que esta foi uma óptima oportunidade de cooperar com os enfermeiros da prática clínica, na medida em que disponibilizamos algumas reflexões que se podem constituir como contributos para o debate sobre a SCE. Entendemos ser esta uma possibilidade de sensibilizar para a reflexão e divulgação da problemática, por constituir uma perspectiva de desenvolvimento organizacional aliciante, atendendo aos benefícios que pode trazer para o desenvolvimento dos profissionais e para a qualificação e produtividade da própria organização. Além de constituir um foco de interesse inestimável e estimulante para qualquer docente, é um desafio para a realização deste estudo.

Numa primeira análise final do estudo “Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: *contributos para a definição de uma política organizacional*”, realizado no decurso do Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, reconhecemos-lhe algum mérito e progressos para a compreensão da área em estudo. Por um lado, consideramos ser relevante para o desenvolvimento profissional dos nossos actores a reflexão que fizeram sobre as práticas, “reescrevendo-as” através das próprias narrativas. Por outro lado, permite-nos o aprofundamento das reflexões em torno do acompanhamento das mesmas.

Ao nível da organização em estudo, importa realçar a colaboração inestimável dos membros da Direcção de Enfermagem e do Centro de Formação Multidisciplinar. Este aspecto assume particular importância, dado que a implementação de um processo de SCE deve ser feita no local onde as necessidades são detectadas e os interesses identificados, privilegiando os recursos humanos existentes, proporcionando-lhes a informação e os subsídios entendidos como necessários. No momento actual, a SCE, com as finalidades próprias e específicas de suporte que a caracterizam, assume-se como enorme desafio ao desenvolvimento das organizações e aos recursos humanos, contribuindo decisivamente para a qualidade das práticas.

Esta conclusão, que abordará a informação mais relevantes do estudo, irá ser desenvolvida nas áreas que consideramos fundamentais: o acto de trabalho e a supervisão das práticas, o modelo de supervisão das práticas clínicas; a figura do supervisor clínico no quadro institucional; atitudes e práticas no âmbito das dinâmicas de qualidade do hospital;

os contornos da política de SCE a implementar a nível organizacional e perspectivas de futuros trabalhos.

Relativamente ao acto de trabalho e supervisão das práticas considerámos três áreas fundamentais que nos merecem alguns comentários conclusivos: as representações dos actores sobre as práticas profissionais, as complexidades sócio-clínicas com que os enfermeiros se confrontam, as dinâmicas de supervisão e de formação.

ACOMPANHAMENTO DAS PRÁTICAS: PROBLEMÁTICAS

Relativamente às representações dos actores sobre o acompanhamento das práticas podemos concluir que, nos respectivos serviços, estes fazem o acompanhamento clínico de alunos e profissionais. Estes enfermeiros referem que são responsáveis pela a integração dos alunos em ensino clínico e dos colegas recém-admitidos no serviço, disponibilizando-lhes apoio emocional e suporte profissional.

Num período da vida profissional muitas vezes marcado pela “angústia do início” os actores consideram que esta integração condiciona fortemente a integração relativa a toda a envolvente do trabalho e o próprio futuro destas pessoas enquanto enfermeiros. Daí, considerarem que o acompanhamento disponibilizado seja extremamente importante, enquanto facilitador da integração no serviço e na profissão, fomentando a socialização antecipada dos elementos.

Os participantes no estudo entendem ainda que ajudam os colegas e alunos a reflectir sobre as práticas clínicas e a desenvolverem competências pessoais e profissionais, considerando que, no que concerne ao acompanhamento dos alunos, o seu papel é extremamente importante, na medida em que os ajudam na integração da teoria com a prática e no desenvolvimento do pensamento crítico, o que tem uma relevância fundamental no processo de formação.

Os actores consideram que são aspectos centrais às suas práticas de supervisão a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados oferecidos ao utente. Estes entendem ainda que com a supervisão que disponibilizam, procuram criar as condições essenciais ao desenvolvimento pessoal e profissional de alunos e colegas, e ao desenvolvimento do processo de prestação de cuidados, assente num acompanhamento clínico próximo e

sistemático. Segundo eles, este acompanhamento tem também em vista a qualificação dos profissionais de enfermagem da organização, através duma formação baseada nas experiências profissionais e da reflexão sobre as mesmas.

OS ENFERMEIROS E AS COMPLEXIDADES SÓCIOCLÍNICAS

A sociedade actual confronta-nos com permanentes desafios. Estes exigem dos enfermeiros capacidade de responder com qualidade às necessidades sociais e constantes apelos à mudança. É nesta conjectura que os actores do nosso estudo evidenciam a importância da supervisão clínica, enquanto processo que os pode ajudar a contornar as complexidades sócio-clínicas com que se confrontam no dia a dia. Entre estas, eles identificam como mais relevantes a situação emocional dos supervisandos, a reflexão partilhada sobre as práticas, a pouca familiaridade dos enfermeiros com o conceito supervisão clínica, a dificuldade em definir estratégias supervisivas, a sua aceitação enquanto supervisores, os recursos e disponibilidade que têm ao seu alcance para a prática da SCE e a indefinição das suas funções.

A bibliografia consultada aponta também este conjunto de dificuldades, no entanto sugere, também, que seja fundamental encontrar estratégias de as ultrapassar, na medida em que estas podem consistir em grandes entraves ao desenvolvimento de um eficaz processo de SCE.

DINÂMICAS DE SUPERVISÃO E DINÂMICAS DE FORMAÇÃO

O debate sobre as representações dos actores face às dinâmicas de supervisão e de formação constitui um grande contributo na definição de uma política organizacional de SCE, na medida em que a importância que estes atribuem à supervisão e o dispositivo de formação existente podem servir de agentes à implementação da mesma.

Como foi referido, sob o nosso ponto de vista, as dinâmicas de supervisão existentes no contexto em estudo são fortemente condicionadas pela importância que os actores atribuem à própria supervisão. Ou seja, em parte, a qualidade da supervisão disponibilizada pelos actores advém das suas representações sobre a importância da

mesma, dado a inexistência de uma política formal de supervisão clínica a nível institucional. Neste contexto, esta importância é sustentada pela representação que possuem da influência da mesma na reflexão sobre a realidade, no apoio a alunos e profissionais, na segurança e qualidade de cuidados e na organização do trabalho.

Face à análise concluímos ainda que relativamente às dinâmicas de formação, os actores consideram a supervisão importante para a concepção da formação numa perspectiva ecológica, identificação de problemas de formação com base nas experiências profissionais, e motivação para a formação.

No que respeita a contributos para um desenvolvimento da política de supervisão das práticas clínicas para a organização, considerámos algumas áreas que nos merecem considerações conclusivas: a identificação das dimensões do sistema, a supervisão clínica no quadro organizacional e um olhar sobre a perspectiva integrada da supervisão de alunos e de profissionais.

IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES DO SISTEMA

A análise de uma organização e de toda a sua envolvência presume a compreensão sistémica do todo interactivo que caracteriza e identifica a instituição e o conhecimento aprofundado de cada um dos subsistemas seus integradores, tornando difícil a tarefa de reflectir sobre todas as suas dimensões ou atributos.

As dificuldades que se nos colocaram, quer pela abrangência do olhar, quer pela natureza subjectiva do mesmo, condicionaram a selecção dos aspectos a reflectir, pelo que neste domínio, debruçámos a análise sobre o modo como a SCE pode contribuir na projecção externa das actividades desenvolvidas na organização. Deste modo, concluímos que a supervisão clínica pode ser um contributo para divulgar actividades desenvolvidas pelos enfermeiros, através do impacto dos cuidados prestados face aos utentes e face a outras organizações de saúde, inclusivamente os centros de saúde, que asseguram a continuidade dos mesmos. A supervisão disponibilizada aos alunos e profissionais é também um grande contributo nessa projecção, na medida em que a formação destes elementos terá reflexos noutros locais onde eles possam estagiar ou trabalhar. Outra forma de projecção das actividades clínicas para o exterior serão os ganhos em saúde, o que os actores consideram, para já, ser um processo difícil, no entanto, será um dos grandes

desafios do futuro próximo. Também a projecção da instituição, que não pode ser alienada da projecção das actividades desenvolvidas no seu interior, constitui reflexo e contributo para a projecção das actividades desenvolvidas no seu seio.

A SUPERVISÃO CLÍNICA NO QUADRO ORGANIZACIONAL

A organização em estudo, embora instituição de saúde, reveste-se de algumas características inerentes às instituições de ensino, visto ser uma organização onde muitos profissionais da área da saúde desenvolvem a sua aprendizagem. Assim, em analogia ao que se entende por escola reflexiva, consideramos o contexto em estudo como uma organização reflexiva, pois continuamente se pensa a si própria, na sua estrutura e missão social e se confronta com o desenrolar da sua actividade num processo simultaneamente avaliativo e formativo. Neste sentido, os actores consideram que deve ser institucionalizada uma política de SCE centrada no crescimento pessoal dos profissionais, que fomente a reflexão sobre a função e as práticas, a sensibilidade para o apoio pessoal e profissional, que facilite uma maior visibilidade da formação em serviço e que preveja a formação de grupos de supervisores de alunos.

PERSPECTIVA INTEGRADA DA SUPERVISÃO CLÍNICA E ACOMPANHAMENTO DE ALUNOS

As imposições e desafios a que nos têm exposto as permanentes mudanças sociais, científicas e tecnológicas, também nos têm colocado perante novas exigências no domínio da formação inicial dos enfermeiros.

Tendo a formação em enfermagem uma forte componente prática, estes novos desafios cada vez mais nos obrigam extrapolá-la para fora dos portões das escolas de enfermagem, sendo que, a aprendizagem que se gera nas práticas clínicas, enquanto elemento formativo importante, nos obriga a saber como é que este elemento deve ser considerado nos programas de formação profissionalizante. Não se circunscrevendo às escolas de enfermagem, o debate tem-se alargado às instituições de saúde, também elas privilegiados espaços de formação de alunos e profissionais que muito esforço têm feito para levar a cabo a sua missão, neste domínio.

No sentido de desenvolverem esforços para conseguirem responder de forma adequada às mudanças que se têm verificado, as organizações de saúde têm debatido esta problemática o que, nem sempre é fácil ou de soluções pacíficas. Daí que os actores coloquem no centro da problemática as dificuldades inerentes ao acompanhamento dos alunos em ensino clínico.

Neste âmbito concluímos que as principais dificuldades dos actores passam, em grande parte, pela insuficiente relação escola-serviço, donde estes considerarem que a supervisão e acompanhamento integrados dos alunos passem por um conjunto de medidas nas quais as escolas têm um papel preponderante, no encontrar soluções para os problemas com que se deparam, o qual passa, fundamentalmente, pelo contributo que podem dar na melhoria da relação escola-serviço, na sua articulação e participação com o dispositivo de formação da organização, num maior investimento nos ensinamentos clínicos e na realização de parcerias inter-organizacionais.

No que concerne à figura do supervisor clínico no quadro institucional, identificámos alguns aspectos que nos merecem considerações conclusivas: as suas funções e papel social, as estratégias que estão na base da sua designação, as relações e enquadramento funcional do mesmo, no seio da organização.

FUNÇÕES E PAPEL SOCIAL DO SUPERVISOR

A produção do discurso dos actores deixou-nos claro que estes desempenham actividades supervisivas congruentes com as funções do supervisor clínico em enfermagem, no entanto, estes deixaram bem explícito que não exercem o cargo de supervisores, mas sim funções que estão inerentes às práticas dos mesmos. Porém, concluímos que estes sentem grandes dificuldades no desenrolar dessas funções, devido à indefinição das mesmas, no contexto organizacional. Neste sentido eles aspiram a que a implementação de uma política de SCE contribua para o clarificar dessas funções, bem como do seu papel social.

Não obstante o papel do supervisor clínico se revestir de extrema importância, na medida em que sustenta a actividade profissional dos supervisandos e o seu próprio

desenvolvimento, no caso em estudo, os actores têm olhar crítico sobre o seu próprio papel social, na medida em este é prejudicado pela indefinição das próprias funções.

ESTRATÉGIAS DE DESIGNAÇÃO DO SUPERVISOR

Relativamente à entidade que designa os enfermeiros de referência, que no nosso caso desempenham funções de supervisores clínicos, as opiniões dos actores são um pouco variadas. Alguns não sabem muito bem quem decidiu na sua identificação como ER, no entanto, a maior parte refere que a designação foi da responsabilidade do enfermeiro chefe. Apenas um dos elementos considera que as enfermeiras supervisoras e a administração participam neste processo de designação. Esta última opinião é objecto da nossa reflexão, dado alguns autores considerarem que, embora gestores e administradores possam desempenhar um papel na identificação do SCE, não deveriam ser estes os intervenientes no processo, pois este envolve um compromisso de profissionais da mesma área clínica, com experiência suficiente na mesma.

Os estudos disponíveis apontam para que, idealmente, toda a equipa de enfermagem deveria participar na escolha do supervisor clínico e conhecê-lo antes de iniciar a relação supervisiva, o que, de certo modo, vem de encontro à opinião de um dos nossos actores, ao considerar que o supervisor deve emergir de dentro da equipa. O facto deste ser identificado no seio da equipa de enfermagem contribuirá para que todos os elementos tenham um conhecimento mais ou menos profundo das características daquele que escolheram para supervisor, e vice-versa, fazendo com que este seja melhor aceite dentro do grupo, o que, por sua vez, terá um impacto positivo na qualidade da relação supervisiva e dos próprios cuidados oferecidos aos utentes (Winstanley e White, 2003; Howatson-Jones, 2003).

Relativamente aos critérios de selecção dos ER, tal como o que se passa com a sua designação, alguns dos actores referem que não têm um conhecimento formal sobre os mesmos, outros consideram que são ER apenas por uma questão de interesses pessoais e organizacionais, na medida em que o ER trabalha no turno da manhã e nem todos estão na disposição de fazer este horário, tendo a organização que se limitar aos que estão disponíveis para tal. No entanto, a grande parte dos entrevistados pensam que algumas das suas características pessoais e profissionais, tais como a experiência, as habilitações e a

antiguidade no serviço (porque lhes confere experiência), estarão na base da sua identificação como ER. Alguns referem mesmo que o supervisor clínico deve ter as características do enfermeiro que Patrícia Benner descreve como perito. Não obstante a experiência, a perícia, as habilitações e a aceitabilidade, os actores referiram ainda aspectos intrínsecos à própria pessoa, que consideram ter estado na base da sua identificação. Os actores referem que o supervisor deve ser uma pessoa com características intrínsecas que consideram especiais, tais como, ser organizado, calmo e tranquilizador da equipa, bom gestor de conflitos e capacidade para manter a equipa unida.

RELAÇÕES E ENQUADRAMENTOS FUNCIONAIS DO SUPERVISOR

A supervisão envolve um processo de interacção entre supervisor e o supervisando em perfeito diálogo com a ecologia envolvente. Daí que, na realidade, seja importante a relação supervisiva que se estabelece entre os dois actores, no palco da supervisão, porém, o relacionamento entre estes e o restante contexto é determinante para o processo de supervisão.

Neste âmbito, os actores identificam alguns aspectos que consideram fundamentais ao seu enquadramento funcional e às relações que mantêm com o contexto organizacional. Consideram ainda que, na base do sucesso do seu desempenho enquanto supervisores, estão o tipo e qualidade de relação que mantêm com a chefia, que, na generalidade, todos consideram ser uma relação boa e muito próxima, onde alguns referem mesmo ser uma amizade. Todos são unânimes em considerar que a boa relação que mantêm com a chefia é central à articulação que existe entre ambos no desempenho das suas funções, o que, por sua vez, beneficia o desempenho da equipa e da própria organização.

Relativamente à relação que mantêm com os colegas, também se referem a ela como uma relação boa e próxima, a qual consideram estar na base do seu desempenho e aceitação enquanto supervisores, contribuindo grandemente para a articulação das funções de ambos e para o sucesso da relação supervisiva.

No que respeita às atitudes e práticas profissionais face às dinâmicas de qualidade do hospital, consideramos três áreas objecto de considerações conclusivas: os

desenvolvimentos organizacionais, os enfermeiros face ao processo de mudança e as realidades e desafios com que se confrontam os enfermeiros.

QUE DESENVOLVIMENTOS ORGANIZACIONAIS?

No sentido de alimentar o seu prestígio e a imagem de qualidade que oferece aos seus profissionais e utentes, em 2000 o HPH adere ao programa de acreditação do KFHQS.

Segundo os actores do nosso estudo, a adesão a este programa fomentou vários desenvolvimentos a nível organizacional. Estes consistem fundamentalmente, na formalização da supervisão na medida em que este programa de acreditação faz referência explícita à SCE (norma 51) o que desencadeou o debate sobre a temática no seio da organização, contribuiu também para a definição e formalização de procedimentos das práticas e para a criação de auditorias, o que veio a culminar numa melhoria a nível organizacional.

OS ENFERMEIROS FACE AO PROCESSO DE MUDANÇA

Segundo os actores, o processo de mudança inerente às dinâmicas de acreditação trouxe também mudanças substanciais à realidade e às práticas dos mesmos. Estas mudanças fizeram-se sentir especialmente a nível das estratégias de supervisão, pois o processo terá introduzido algumas *nuanças* às práticas supervisivas. O facto de haver uma melhor organização a nível interno e do próprio trabalho dos ER, bem como a criação de linhas de orientação relativamente à integração e subsequente orientação de alunos e profissionais, parecem-nos factores que, só por si, constituem reflexo da mudança e condicionantes das práticas de supervisão. Por outro lado, a definição de procedimentos, contribuiu também para a mudança de estratégias supervisivas, enquanto factor facilitador da supervisão.

Concluimos ainda que o processo de mudança organizacional trouxe evoluções no sentido do estreitamento da relação escola-organização. As exigências que são feitas às escolas de enfermagem que têm alunos em ensino clínico no HPH, vão no sentido construir uma maior articulação inter-organizacional, mesmo através da definição de protocolos.

Outros dos aspectos que os actores consideram ter sido objecto de alterações face ao processo de mudança, é a qualidade e segurança dos cuidados que os enfermeiros oferecem aos utentes.

Segundo os responsáveis pela acreditação dos Hospitais Públicos Portugueses, o grande benefício da utilização do programa de melhoria da qualidade do KFHQS reside no facto deste criar uma cultura de qualidade interna à organização, promover o trabalho de equipa, a normalização de acções e procedimentos, a promoção de atitudes de planeamento e a promoção da responsabilização profissional, o que culminará numa melhoria da qualidade e segurança dos cuidados praticados.

REALIDADES E DESAFIOS

Pela análise das narrativas concluímos que as realidades do sistema apontam para francos desenvolvimentos facilitadores da implementação de um dispositivo de supervisão clínica, donde destacamos o próprio interesse por parte da Administração na implementação da mesma, não obstante haver ainda um longo caminho a percorrer.

O programa da qualidade do KFHQS implementado no HPH, tem criado condições que proporcionam melhoria nalguns dos aspectos da supervisão disponibilizada, porém, os nossos actores consideram ter grandes desafios pela frente. Neste âmbito, eles concordam que um dos primeiros passos a dar deve ser a formalização de uma filosofia de supervisão que proporcione uma maior responsabilização profissional, que constitua um contributo para a formação profissional, para a reflexão sobre as práticas e para o bem-estar pessoal e profissional e, como “fim primeiro”, que contribua para a humanização do cuidar. Enfim, um contributo para a melhoria global da qualidade, onde a própria avaliação da supervisão será uma ferramenta essencial.

Tal como referiu Abreu, aceitar e motivar o investimento oficial na SCE, tal como o fez o UKCC no Reino Unido, significa que a organização e próprios os enfermeiros acreditam na mudança centrada no cidadão e, simultaneamente, que a sua capacidade de cuidar (e cuidar com qualidade) pode ser francamente melhorada se a profissão apreender a olhar para si própria. Deixamos a mesma pergunta colocada por este autor “*será demais dizer-se cuidar de si própria, para cuidar dos outros?*” (Abreu, 2002: 56).

Concordamos com Tavares quando refere que *“a qualidade é uma revolução que deve começar pelos esquemas mentais das pessoas, ou seja, pelas maneiras de pensar e de agir, de estar, que pressupõem um movimento novo e universal no sentido de um envolvimento diferente, individual e colectivo no interior das sociedades, das comunidades para uma cultura de sucesso que torne as pessoas efectivamente mais realizadas e felizes”* Tavares (1996: 103).

O PERSPECTIVAR DE UMA POLÍTICA ORGANIZACIONAL DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Sabemos que os desenvolvimentos actuais contribuíram para que a supervisão clínica se tornasse um tema na ordem do dia, iminente em qualquer discussão e projecto que aponte para sustentar e desenvolver as práticas de enfermagem. Estes desenvolvimentos incluem, inevitavelmente: grandes mudanças organizacionais; políticas directivas; preocupações sobre a responsabilidade; iniciativas de qualidade para melhorar padrões de cuidados; conceitos de reivindicação social integrados numa nova filosofia da enfermagem; transição educacional para uma prática reflexiva; preocupação sobre a saúde dos profissionais e prevenção de *burnout*; aumento do valor colocado nas intervenções terapêuticas e aumento de exigências para a auto-consciência (Bond e Holland, 1998).

O objectivo principal da supervisão clínica é restabelecer a centralidade da prática clínica profissional nos serviços de saúde. A “lente” da supervisão clínica pode ser usada para promover características específicas da prática clínica ou fazer alterações substanciais no contexto da prática.

Face aos resultados obtidos no nosso estudo, consideramos que a SCE é uma área de grande potencial em exploração na organização em estudo. No entanto, é importante que fique claro que a implementação da supervisão clínica requer um compromisso pessoal por parte dos profissionais, mas, fundamentalmente, um compromisso da organização no sentido de assegurar a sua efectividade e interligar isto dentro da estrutura da vida profissional.

Sugerimos, antes de mais, que a política a implementar seja claramente definida no que respeita à sua forma e conteúdo. Esta política deverá ser sustentada pela filosofia da

própria organização, a filosofia da qualidade e, numa filosofia de supervisão que contemple uma maior responsabilização profissional, a reflexão sobre as práticas e o bem-estar (a felicidade) pessoal e profissional, que se constitua como contributo para a formação profissional e, como “fim primeiro”, que contribua para a qualidade de cuidados à qual é central a humanização do cuidar.

Não aconselhamos nenhum modelo específico, de SCE, pois entendemos que esta indica não dever ser enquadrada num único conceito, pelo que, consideramos que o quadro conceptual a servir de suporte a esta política poderá sustentar-se nos modelos de desenvolvimento, nos modelos de aprendizagem por modelo experiencial e nos modelos dos papéis sociais.

Sugerimos que seja uma política onde a SCE comporte as três componentes que Butterworth e Faugier (1994) consideram fundamentais: a componente formativa ou educativa, que proporciona o desenvolvimento de habilidades, compreensão e reflexão, explorando as experiências de trabalho do supervisando com o utente; a componente restaurativa ou encorajadora, a qual provê o apoio ao supervisando que permita lidar com as situações com que se confronta (o carácter suportivo da supervisão); a componente normativa ou administrativa, que realça a importância profissional, a necessidade de competência e responsabilidade e os padrões organizacionais, ou seja, inclui a provisão do controlo da qualidade.

É importante que a política a implementar contemple a existência de um profissional com o estatuto de SCE que tenha bem definidas as suas funções, bem como o seu papel social, pois como referiram os nossos actores, o facto de não terem bem definidas as suas funções e papel social, constitui um entrave ao desempenho das suas práticas.

Também a nomeação e critérios de selecção do supervisor devem ser formalizados. Neste caso, aponta-se para que o supervisor seja identificado pela equipa de enfermagem, ou seja, cada pessoa deve ter oportunidade de escolher o seu supervisor clínico. Relativamente aos critérios da sua selecção, estes devem ser profissionais dotados de características pessoais e profissionais particulares, entre as quais se consideram a experiência, habilitações, formação e treino específicos na área da SCE. Ou seja, tal como alguns dos actores, consideramos que o supervisor clínico deve ter as características do

enfermeiro que Patrícia Benner designa por perito. Consideramos ainda essencial que este seja aceite pela equipa e pelos supervisandos, o que será facilitado se forem os próprios supervisandos a escolhê-lo. Este deve ter ainda algumas características intrínsecas, tais como, ser organizado, calmo e tranquilizador da equipa, bom gestor de conflitos e ter capacidade para manter a equipa unida.

Concluímos com este trabalho que os ER estão numa posição privilegiada para serem supervisores clínicos, dado o papel que têm dentro da organização, bem como as funções que desempenham. Considerando ainda o facto de que, por norma, existem dois ER por serviço, supondo que em média cada serviço tenha uma equipa constituída por vinte enfermeiros, cada ER poderia ficar responsável pela supervisão de oito a nove elementos, o que, quer optem pela supervisão individual ou em grupo, nos parece, pelo menos teoricamente, aceitável.

Relativamente à supervisão de alunos, é fundamental uma maior articulação entre a escola e os serviços, com uma maior presença dos docentes no decurso dos ensinamentos clínicos e uma maior parceria em todo o processo formativo.

Não podemos deixar de referir que sendo a implementação da SCE um processo dispendioso, este pode ser gravemente dificultado pelas actuais contenções financeiras que determinam grandes pressões para reduções drásticas dos custos em todas as áreas. No entanto, entendemos que o Estado não pode abdicar das políticas que salvaguardem a garantia da qualidade das práticas e da sua supervisão, num momento em que a sociedade exige cada vez mais do sistema de saúde e dos seus profissionais. Isso mesmo é patente nas conclusões do estudo de Villaverde Cabral *et al* (2002: 214), sobre “*Saúde e Doença em Portugal*”, quando refere: “*o trabalho de estabilização de expectativas próprio das sociedades complexas favorece a interiorização, por parte dos utentes, das limitações do sistema de saúde cuja oferta não consegue dar plena resposta a uma procura cada vez maior, mais diferenciada e mais complexa*”.

Estas conclusões reforçam a nossa convicção de que é preciso mais e não menos supervisão. Ela deve ser estruturada, específica e formativa, não significando exclusivamente um aumento global na quantidade de supervisão mas, tão-somente, que é necessário um enquadramento diferente que proporcione uma maior efectividade e eficiência num quadro de práticas de supervisão, rentabilizando as estruturas existentes.

Neste contexto, torna-se *“imprescindível sensibilizar o poder político para a importância de processos supervisivos e a adesão a programas de manutenção de práticas profissionais de maior qualidade, subsidiando uma percentagem dos custos, que permita reduzir os constrangimentos financeiros das instituições”* (Garrido, 2004: 150).

Em Portugal o debate sobre supervisão clínica começa a emergir de forma significativa nos círculos de reflexão em enfermagem, apresentando-se como um instrumento através do qual os enfermeiros podem explorar, sustentar e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais. Como refere Abreu (2002), a aposta na supervisão clínica entre nós, surge no contexto da discussão sobre qualidade, reflexão sobre formação clínica, aprendizagem experiencial e supervisão das práticas clínicas. Independentemente desta se conseguir impor, ou não, entre nós, a SCE está a entrar decisivamente no vocabulário dos enfermeiros, afigurando-se-nos que, num futuro próximo, poderá constituir uma verdadeira revolução nas mentalidades e nas práticas dos enfermeiros.

Para terminar gostaríamos de nos referir às possíveis investigações futuras no domínio da SCE. Sendo esta uma área tão vasta e tão pouco explorada no nosso país, consideramos que é imenso o potencial de investigação. No entanto, no nosso caso, parece-nos fundamental desenvolver um estudo similar ao que desenvolvemos, concebendo-o na perspectiva dos supervisandos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, J. (2003). “Sociedade Anónima, a Sedutora [Hospitais, S.A., Portugal S.A.]”. In ABREU, J.; COSTA, Ricardo. *Sociedade Anónima, a Sedutora [Hospitais, S.A., Portugal S.A.]. Unipessoalidade Societária*. Coimbra: Livraria Almedina.
- ABREU, Wilson (1997). “Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar”. In CANÁRIO, Rui (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 147-168.
- ABREU, Wilson (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa.
- ABREU, Wilson (2002). *Supervisão Clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade*. Revista Sinais Vitais, 45 (11), pp. 53-57.
- ABREU, Wilson (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: que parcerias para a excelência em saúde*. Coimbra: Formasau.
- ALARCÃO, Isabel (1991). *Reflexão crítica sobre o pensamento de Donald Schön e os programas de formação de professores*. Aveiro: Cadernos CIDInE, Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional, 1, pp. 5-22.
- ALARCÃO, Isabel (1996). “Reflexão crítica sobre o pensamento de Donald Schön e os programas de formação de professores”. In ALARCÃO, Isabel et al (org.), *Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora.
- ALARCÃO, Isabel (org.) (2001). *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- ALARCÃO, Isabel et al (org.) (2000). *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.

- ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José (1987). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 1ª Edição. Coimbra: Livraria Almedina.
- ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: 2ª Edição, Livraria Almedina.
- ASSEIRO, Maria L. (2001). *Formação em Enfermagem – Que modelos*. I Congresso da Ordem dos Enfermeiros; textos de apoio. Lisboa.
- BAPTISTA, Jaime (2001). *Unidade de Saúde Pública de Matosinhos. Criar uma cultura de bem estar*. Pulsar, folha informativa da ULS. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, n.º 1, pp. 5-6.
- BARDIN, Laurence (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BASTO, Marta L. (1994). *Cuidar e tratar*. 2ªs Jornadas de Enfermagem. Lisboa.
- BASTO, Marta L. (1998). *Da Intenção de Mudar à Mudança – um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- BENNER, Patrícia. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- BENTO, Maria da Conceição (1997). *Cuidados e formação em enfermagem. Que identidade?* Lisboa: Fim de Século Edições Lda..
- BERNARD, M. Janine; GOODYEAR, Rodney (1998). *Fundamentals of Clinical Supervision*. Boston: Second édition. Allyn and Bacon.
- BERTHEF, E. (1983). *Information et education sanitaire*. Forum Mondial de la Santé, 6, (2).
- BISHOP, V. (1998). *Clinical supervision: what's going on?* Results of a questionnaire. Nursing Times, 94 (18), pp.50-53.

- BOAVISTA, Anabela *et al* (2000). *A experiência Portuguesa de acreditação de hospitais. Qualidade em saúde. IQS. Lisboa, n.º 0, pp. 28-32.*
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos.* Porto: Porto Editora.
- BOND, Meg; HOLLAND, Stevie (1998). *Skills of Clinical Supervision for Nurses.* Buckingham:Open University Press.
- BONOMA, Thomas (1985). *Case Research in Marketing: Opportunities, Problems.*
- BRONFENBRENNER, Urie (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.* Porto Alegre: Artes Médicas.
- BURROW, S. (1995). *Supervision: clinical development or management control?* British Journal of Nursing, 4 (15), pp.879-882.
- BUTTERWORTH, T.; BISHOP V.; CARSON, J. (1996). *First steps towards evaluating clinical supervision in nursing and health visiting. I. Theory, policy and practice development. A review. Journal of Clinical Nursing, No.5 pp. 127-132.*
- BUTTERWORTH, T.; FAUGIER, J. (1992). *Clinical supervision and Mentorship in Nursing.* London: Chapman & Hall.
- BUTTERWORTH, T.; FAUGIER, J. (1994). *Clinical supervision in Nursing, Midwifery and Health Visiting - A briefing paper.* Nursing Times, 90 (48), pp. 38-42.
- BUTTERWORTH, Tony *et al* (1997). *It Is Good To Talk: an evaluation Study in England and Scotland.* School of Nursing, Midwifery and Health Visiting, University of Manchester.
- CALAFATE, Pedro (2003). *Pedro Hispano Portucalense (ou Pedro Julião).* Documento WWW.URL: [<http://www.instituto-camoes.pt/cvc/filosofia/m14.html>].
- CAMPOS, Correia de (2001). *A batalha da qualidade. Qualidade em saúde. IQS. Lisboa. N.º 5, pp. 3.*

- CANÁRIO, Rui (1994). “Centros de formação das associações de escolas: que futuro?”. In AMIGUINHO, Abílio; CANÁRIO, Rui. *Escolas e mudança: o papel dos centros de formação*. Lisboa: Educa.
- CANÁRIO, Rui (1997). “Formação e mudança no campo da saúde”. In CANÁRIO, Rui (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 117-146.
- CANÁRIO, Rui (1998). “Prefácio”. In COSTA, Maria Arminda (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda..
- CANÁRIO, Rui (2001). *Gestão da Escola: como elaborar um plano de formação?* Coleção: Cadernos de Organização e Gestão Curricular. Instituto de Inovação Educacional.
- CARNEIRO, António (2001). *Manual de normas de orientação clínica*. Ministério da Saúde. Lisboa: Instituto da qualidade em Saúde.
- CARVALHAL, Rosa (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos: Perspectiva dos Actores*. Loures: Lusociência.
- CHERKAOUI, M. (1979). *Les paradoxes de la réussite scolaire*. Paris: Puf.
- CHIAVENATO, Idalberto (1987). *Teoria Geral da Administração*. 3ª Edição. São Paulo: McGraw-Hill.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – edições técnicas.
- CORREIA, José (1994). *A educação em Portugal no limiar do séc. XXI: perspectivas de desenvolvimento futuro*. Educação, Sociedade e Culturas, nº 22, pp. 7-30.
- CORREIA, José (1997). “Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação”. In CANÁRIO, Rui (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 13-41.

- COSTA, Maria Arminda (1997). “Prefácio”. In BENTO, Maria da Conceição (1997). *Cuidados e formação em enfermagem. Que identidade?* Lisboa: Fim de Século Edições Lda..
- COSTA, Maria Arminda (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda..
- COTTRELL, Steve (2000a). *A comparison of the roles of leader, manager and clinical supervisor*. Documento WWW. URL: [http://www.clinical_supervision.com/role%20comparison.htm].
- COTTRELL, Steve (2000b). *Introduction to clinical supervision*. Documento WWW. URL: [http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm].
- COTTRELL, Steve; SMITH, Georgina (2002a). *Suspicion, Resistance, Tokenism and Mutiny: Problematic Dynamics Relevant to the Implementation of Clinical Supervision in Nursing*. Documento WWW. URL: [www.clinical-supervision.com].
- COTTRELL, Steve; SMITH, Georgina (2002b). *The development of Models of Nursing Supervision in the UK*. Documento WWW. URL: [www.clinicalsupervision.com/development%20of%20clinical%20supervision.htm].
- CUTCLIFFE, John; PROCTOR, Brigid (1998). *An alternative training approach to clinical supervision: Parts 1 and 2*. British Journal of Nursing, 7 (5), pp. 280-285; 7 (6), pp. 344-349.
- CUTCLIFFE, John R. (2001). “An alternative training approach in clinical supervision”. In CUTCLIFFE, John; BUTTERWORTH, Tony; PROCTOR, Brigid. *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions.
- D’ESPINEY, Luísa (1997). “Formação inicial/formação contínua dos enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho”. In CANÁRIO, Rui (org.) *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 169-188.
- DAMÁSIO, António (1999). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*.

19ª Edição. Mem Martins: Publicações Europa América – LDA. Forum da Ciência.

DECRETO-LEI n.º 104/98, D.R., I Série-A, 93 (21-04-98), 1739-1757.

DECRETO-LEI n.º 126/03, D.R., I Série-A 143 (24-06-03) 3624-3626.

DECRETO-LEI n.º 161/96, D.R., I Série-A, 205 (04-11-96), 2959-2962.

DECRETO-LEI n.º 300/98, D.R., I Série-A, 300 (30-12-98) 7257-7259.

DECRETO-LEI n.º 305/81, D.R., I Série, 261 (12-11-81) 2998-3004.

DECRETO-LEI n.º 437/91, D.R., I Série-A, 257 (08-11-91), 5723-5741.

DECRETO-LEI n.º 48166, D.G., I Série, (27-12-67).

DEPARTMENT of HEALTH (1993). *A Vision for the Future: The Nursing, Mdwifery and Health Visiting Contribution to Health and Health care*. London: HMSO.

DUBAR, Claude (1991). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Collin Éditeur.

DUNN, C.; BISHOP, V. (1998). “Clinical supervision: its implementation in one acute sector trust”. In BISHOP, V. (ed). *Clinical supervision in practice. Some questions, answers and guidelines*. London: MacMillan Press.

DURÃO, João (2000). “Ser finalista de enfermagem e escolher o serviço para início de profissão: que razões?” In MESTRINHO, M. G.; et al. *Formação em Enfermagem: Docentes investigam*. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

ESCADA, Angela (2002). *Qualidade para uso da inteligência emocional?* Caderno Expresso, nº 1566, pp. 10.

ESTANQUEIRO, António (2001). *Saber lidar com as pessoas: princípios da comunicação interpessoal*. Lisboa: Editorial Presença.

FERNANDES, Olga (1995). *Desenho Curricular Para Uma Enfermagem Científica:*

- perspectivas dos docentes de enfermagem sobre os elementos operativos no desenvolvimento do cuidar no momento actual.* Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (Tese de Mestrado).
- FILIFE, Margarida (2001). *Projecto de cuidados continuados. Melhores cuidados mais qualidade de vida.* Pulsar, folha informativa da ULS. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, n.º 1, pp. 7.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização.* Loures: Lusociência.
- FOWLER, J. (1995). *Nurses' perceptions of the elements of good and bad supervision.* Nursing Times, 91(22), pp. 33-37.
- FOWLER, J. (1998). *Evaluating the efficacy of reflective practice within the context of clinical supervision.* Journal of Advanced Nursing, 27(2), pp. 379-382.
- FRANÇA, Margarida (2000). *Programa de acreditação do KFHQS. O que é, os destinatários, as vantagens.* Qualidade em saúde. IQS. Lisboa, I (1), pp. 17-19.
- FRANÇA, Margarida (2002). *Do Protocolo IQS/KFHQS ao programa Nacional de acreditação de Hospitais.* Boletim IQS. IQS. Lisboa, Edição especial, Maio, pp. 1.
- FRID, I. et al (2000). *On the use of narratives in nursing research.* Journal Advanced Nursing. Blackwell Science Ltd, 32 (3), pp. 695-703.
- GANOVA, C. (2001). *Saúde: na base da construção da qualidade de vida.* Qualidade em saúde. IQS. Lisboa, n.º 5, pp. 10-12.
- GARRIDO, António (2004). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros.* Aveiro: Universidade de Aveiro, (Tese de Mestrado).
- GHIGLIONE, R.; MATALON, Benjamin (2001). *O inquérito: teoria e prática.* 4ª Edição. Oeiras: Celta Editora.
- GOLEMAN, Daniel (2000). *Inteligência Emocional.* 9ª Edição. Lisboa: Temas e Debates.

- GOMES, Miguel (2003). “Prólogo”. In CARVALHAL, Rosa. *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos: Perspectiva dos Actores*. Loures: Lusociência, pp.XI.
- HARGREAVES, D. (1994). *The New Professionalism: the synthesis of professional and institutional development*. *Teaching & Teacher Education*, 10 (4), pp. 423-438.
- HART, G.; ROTEM, A. (1995). *The clinical learning environment: nurses perceptions of professional development in clinical settings*. *Nurse Education Today*, 1 (15), pp. 3-10.
- HAWKINS, P.; SHOET, R. (1989). *Getting the support and supervision you need: supervision in the helping professions*. Buckingham: Open University Press.
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência
- HESS, A. (1980). “Training models and the nature of psychotherapy supervision”. In HESS, A: (Ed). *Psychotherapy supervision: theory, research and practice*. New York, John Wiley.
- HOLLOWAY, Elizabeth (1995). *Clinical Supervision: a systems approach*. USA: Sage Publications.
- HOSPITAL PEDRO HISPANO (2001). *Manual de Acolhimento*. Matosinhos: Direcção de Enfermagem.
- HOSPITAL PEDRO HISPANO (2003). *Estatuto Jurídico, Área de Influência e Administração*. Documento WWW. URL: [<http://pwp.netcabo.pt/0417623301/-DAHPH/DAHPH1-INDICE.htm>].
- HOWATSON-JONES, Isis (2003). *Difficulties in clinical supervision and lifelong learning*. Documento WWW.URL: [http://www.findarticles.com/cf_0/m0NWE/3-7_17/105480147/p1/article.jhtml].

- INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (2002). *Programa Nacional de Acreditação de Hospitais*. Lisboa: Qualidade em saúde, IQS, n. ° 6, pp. 14-16.
- KELLY, Billy; LONG, Ann; McKENNA, Hugh (2001). “Clinical Supervision: personal and professional development or the nursing novelty of the 1990’s”. In CUTCLIFFE, John; BUTTERWORTH, Tony; PROCTOR, Brigid. *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions.
- KEMP, N.; RICHARDSON, E. (1995). *A garantia da qualidade no exercício de enfermagem*. Lisboa: Artes Gráficas.
- KING’S FUND (2000). *Last Straw: Explaining the NHS Nursing Shortage*. London: King’s Fund.
- KOLB, D. (1994). *Experiential learning – experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- LAKATOS, E.; MARCONI, M. (2001). *Fundamentos de metodologia científica*. 4ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A..
- LANDMARK, B. *et al.* (2003). *Clinical Supervision – factors defined by nurses as influential upon the development of competence and skills in supervision*. Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd, 12, pp. 834- 841.
- LEONARDO DA VINCI COMMUNITY VOCATIONAL TRAINING ACTION PROGRAMME (LDVCVTAP) (2002–2006). Leonardo Da Vinci Project. Bruxels.
- LEONARDO DA VINCI COMMUNITY VOCATIONAL TRAINING PROGRAMME (LDVCVTP) (2000–2006). Leonardo Da Vinci Project. Bruxels.
- LESSARD-HÉRBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. (1990). *Investigação qualitativa. Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- MAGALHÃES, Maria Manuela (1999). *A invisibilidade da prática de enfermagem e a face qualificante do hospital*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (Tese de Mestrado).

- MAIA, P.; ABREU, W. (2004). *Supervisão clínica em enfermagem: uma abordagem centrada na reflexão, formação e qualidade das práticas*. Relatório síntese do projecto de intervenção. Matosinhos, Hospital Pedro Hispano.
- MALGLAIVE, G. (1997). “Formação e saberes profissionais: entre a teoria e a prática”. In CANÁRIO, Rui (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 53-60.
- MARTÌN-CARO, C.; MARTÍN, Martínez. (2001). *Historia de la Enfermería, Evolución histórica del Cuidado Enfermero*. Madrid: Harcourt.
- MARTINS, José (2002). *Princípios de desenvolvimento profissional – o presente e o futuro*. *Enfermagem em Foco*, 11 (48), pp. 31-38.
- MAY, Louise (2003). *Support systems: Louise May advises nurses on how to get the most out of clinical supervision*. Documento WWW.URL: [http://www.findarticles.com/~cf_0/m0NWF/10_9/98882426/p1/article.jhtml].
- MESTRINHO, Maria G. (2000). “Tornar-se enfermeiro: de estudante a profissional”. In MESTRINHO, Maria G. et al. *Formação em Enfermagem: Docentes investigam*. Associação Portuguesa de Enfermeiros, pp. 13-62.
- MICHELAT, G. (1982). Sobre a utilização da entrevista não-directiva em sociologia. In *crítica metodológica, investigação social*. Enquête operária. Polis, 3ª Edição.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional De Saúde. Orientações Estratégicas para 2004-2010*. Documento WWW: URL: [<http://www.dgsaude.pt>].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004a). Hospitais SA. Relatório de Actividades do Ano de 2003. Edição: Unidade de Missão Hospitais SA.
- MOORES, Y. (1994). *CNO letter*. London: Department of Health.
- MORUJÃO, Nuno (2001a). *Programa de Melhoria da Qualidade no Hospital Pedro Hispano. A caminho da Certificação de Qualidade*. Pulsar, folha informativa da ULS. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, n.º 1, pp. 3.

- MORUJÃO, Nuno (2001b). *Procedimentos de verificação do material de anestesia*. Qualidade em saúde. IQS. Lisboa: Ano I, n.º 3, Abril, pp. 33-35.
- MUNSON, Carlton (2002). *Handbook of Clinical Social Work Supervision*. 3rd Edition. Binghamton: The Haworth Press.
- NATIONAL HEALTH SERVICE MANAGEMENT EXECUTIVE (1993). *A Vision for the Future*. London: Department of Health.
- NEIVA, Luisa (2001). *Unidade Local de Saúde de Matosinhos. O exemplo que o País há-de seguir*. Pulsar, folha informativa da ULS. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, n.º 1, pp. 1, 4, 5.
- NICKLIN, P. (1995). *Super supervision*. Nursing Management, 2 (5), pp. 24-25.
- NICKLIN, P. (1997). *A practice-centred model of clinical supervision*. Nursing Times. 93(46), pp. 46-52.
- NÓVOA, A. et al (1992). *Vidas de Professores*. Porto: Porto Editora.
- OLIVEIRA, Isabel (1998). *Melhoria contínua nas organizações de prestação de cuidados de saúde*. Lisboa: Centro de Estudos de Management.
- OLIVEIRA, J.; OLIVEIRA, A. (1996). *Psicologia da Educação Escolar I. Aluno – Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (2004). *Reflexões. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Documento WWW.URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/?pg=eventos_comp&id=10&ev=Reflexões].
- OSÓRIO, A. (sd). *Princípios Organizativos da Actividade Clínica do HPH*. Matosinhos.
- PAGE, S.; WOSKET, V. (1994). *Supervision the counsellor*. London: Routledge Editions.
- PERRENOUD, Ph. (1993). *Práticas pedagógicas. Profissão docente e formação, perspectivas sociológicas*. Lisboa: D. Quixote.

- PINTO, Cidália (2000). “Colaborar com a escola – opiniões dos enfermeiros orientadores de alunos em ensino clínico”. In MESTRINHO, Maria G. *et al.* *Formação em Enfermagem: Docentes investigam*. Associação Portuguesa de Enfermeiros, pp. 89-125.
- PIRES, Ana (1995). *Organizações qualificantes*. *Dirigir*, 40 (6), pp. 14-17.
- PISCO, Luis (2000). Apresentação. *Boletim IQS*. IQS. Lisboa, n.º 0, Maio, pp. 1.
- POLIT, Denise *et al* (1999). *Nursing research*. Principles and methods, 6th Edition. Philadelphia: Lippincott, pp. 671-693.
- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadete (1994). *Investigacion Científica en Ciencias de la Salud*. 4ª Ed. México: Interamericana – Mc Graw-Hill.
- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadete (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- POSTIC, M. (1990). *A Relação pedagógica*. Coimbra: Coimbra Editora.
- PROCTOR, Brigid (1986). “Supervision: a co-operative exercise in accountability”. In MARKEN, M.; PAYNE, M. (org.). *Enabling and ensuring, National Youth Bureau and Council for Education and training in Youth and Community Work*. Leicester.
- PROCTOR, Brigid (2001). “Training for the supervision alliance attitude, skills and intention”. In CUTCLIFFE, John; BUTTERWORTH, Tony; PROCTOR, Brigid *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions.
- QUEIRÓS, A.; SILVA, L.; SANTOS, E. (2000). *Educação em enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- RAMOS, Maria F. (2003). *A Perceptoria como Estratégia de Formação em Estágio de Enfermagem Pediátrica*. *Pensar Enfermagem*. UI&DE, 7 (1), pp. 3-12.
- RAMOS, Maria L. (2002). *Hospital Pedro Hispano*. *Boletim IQS*. IQS. Lisboa, Edição especial, Maio, pp. 9.

- REBELO, Jorge (2002). *Enfermagem: Desenvolvimento Profissional e Formação – Perspectiva Histórica*. *Enfermagem em Foco*, 11 (48), pp. 5-30.
- RIBEIRO, Deolinda (2001). “A supervisão e o desenvolvimento da profissionalidade docente”. In ALARCÃO, Isabel (org.). *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e aprendizagem*. Porto. Porto Editora, pp. 87-95.
- RIBEIRO, Lisete *et al* (2000). “Nota de apresentação”. *Formação em Enfermagem. Docentes investigam*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. In MESTRINHO, Maria G. *et al*. *Formação em Enfermagem: Docentes investigam*. Associação Portuguesa de Enfermeiros, pp. 5-10.
- RICOEUR, Paul (1984). *Time and Narrative, 1*. Chicago: The University of Chicago Press.
- RICOEUR, Paul (1991). *From text to action. Essays in Hermeneutics, II*. Illinois: Northwestern University Press.
- ROUCHY, J. (1997). *Clinique du partenariat*. *Education Permanente*, 2 (131), 197-205.
- SÁ-CHAVES, Idália (1994). *A construção de conhecimento pela análise reflexiva da praxis*. Tese de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- SÁ-CHAVES, Idália (1997). *Percursos de Formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.
- SÁ-CHAVES, Idália (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Edições CIDInE.
- SÁ-CHAVES, Idália; AMARAL, Maria. J. (2001). “Supervisão reflexiva: a passagem do eu solitário ao eu solidário”. In ALARCÃO, Isabel (org.). *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e aprendizagem*. Porto. Porto Editora, pp. 79-85.

- SALE, Diana (2000). *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde – para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Editora Principia.
- SANTOS, M. E. B. (1995). *Os aprendizes de Pigmalião*. Lisboa: Edição Rolim.
- SCHÖN, Donald (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic books.
- SCHÖN, Donald (1987). *Educating the reflective practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the professions*. San Francisco: Jossey Bass.
- SECO, J. (1997). *Chamados pelo nome: da importância da afectividade na educação da adolescência*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- SEXTON-BRADSHAW, D. (1999). *Nurse`s perception of the value of supervision*. Paediatric Nursing, pp. 3-11.
- SLOAN, G. (1998). *Clinical supervision: characteristics of a good supervisor*. Nursing Standard, pp. 12, 40, 42-46.
- SRIVASTAVA, Rani (2002). *Handbook for Clinical Practice*. University of Toronto. Faculty of Nursing. Documento WWW.URL: [<http://www.nursing.utoronto.ca/>]
- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- TAVARES, José (1993). *Dimensão pessoal e interpessoal na formação*. Aveiro: CIDInE: Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional.
- TAVARES, José (1996). *Uma Sociedade que aprende e se desenvolve. Relações Interpessoais*. Porto: Colecção CIDInE. Porto Editora.
- TAVARES, José (2001). “Contributos Psicológicos e Sociológicos Para Uma Escola Reflexiva”. In ALARCÃO, Isabel (org.). *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e aprendizagem*. Porto. Porto Editora, pp. 55-66.

- THORARINSDOTTIR E SKÚLADÓTTIR (2003). Estudo ainda não publicado. Realizado no âmbito do Leonardo da Vinci Community Vocational Training Programme (2000 – 2006).
- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS (2003). *Regulamento da ULS S.A.*. Boletim Informativo nº 50.
- UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING (1984). *Code of Professional Conduct for the Nurse Midwife and Health Visitor*. London.
- UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING (1993). *Clinical Supervision: guidelines for practice*. London: UKCC.
- UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING (1996). *Clinical Supervision: guidelines for practice*. London: UKCC.
- VALA, Jorge (2003). “A análise de conteúdo”. In SILVA, Augusto; PINTO, José (org.). *Metodologia das ciências sociais*. 12º Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- VAN OOIJEN, Els (2000). *Clinical Supervision: a practical approach*. London: Churchill Routledge.
- VILLAVERDE CABRAL *et al* (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- WATSON, Jean (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WEBB, B. *et al* (1997). *Auditing a clinical supervision training programme*. Nursing Standard. 11, 34: 34-39.
- WHITE, E. (1990). *The Future of Psychiatric Nursing by the Year 2000: A Delphi Study*. Research monograph. University of Manchester.

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

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). Quality. Documento WWW. URL: [<http://www.euro.who.int/observatory/>].

WINSTANLEY, J.; WHITE, E. (2003). *Clinical supervision: models measures and best practice*. Documento WWW. URL: [http://www.findarticles.com/cf_0/m0-NWC/4_10/104080057/p1/article.jhtml].

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

WINSTANLEY, Julie (2000). *Clinical Supervision: Development of an Evaluation Instrument*. Unpublished PhD thesis. Faculty of Medicine, Dentistry and Nursing, University of Manchester.

YIN, Robert (1989). *Case Study Research - Design and Methods*. Sage Publications Inc., USA.

YIN, Robert (2003). *Case Study Research - Design and Methods*. Third edition. California: Sage Publications Inc., USA.

ZARIFIAN, Philippe (1992). *Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante*. Education Permanente, n° 112, pp. 15-22.

ANEXOS

ANEXO 1

Guião da entrevista

Universidade de Aveiro

Mestrado em Supervisão

Guião de entrevista

Regina Pires

Porto, Julho de 2003

Estrutura da entrevista

Bloco I – Legitimação da entrevista.

Bloco II – Representações sobre o trabalho e supervisão das práticas.

Bloco III – Designação e relações funcionais do tutor.

Bloco IV – Relação com estruturas externas.

Bloco V – Caracterização da supervisão.

Bloco VI – Evolução do sistema supervisão.

Bloco VII – Relação do programa de promoção de qualidade e filosofia de supervisão.

BLOCO	OBJECTIVOS
<p>Bloco I – Legitimação da entrevista.</p> <p>Com a realização das entrevistas pretendemos colher informação que nos permita alcançar os objectivos que enumeramos na coluna à direita.</p> <p>Relativamente às questões éticas, comprometemo-nos a respeitar os procedimentos inerentes a este tipo de estudo, nomeadamente o anonimato e confidencialidade</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterizar a cultura institucional no que se refere ao acompanhamento das práticas e organização científico-administrativa; 2. Avaliar a percepção que os diversos actores possuem sobre a supervisão clínica em enfermagem; 3. Definir as dimensões básicas em que deve assentar um modelo de supervisão clínica em enfermagem; 4. Avaliar as relações sistémicas que a supervisão clínica em enfermagem deve estabelecer com sistemas de gestão.

BLOCO	OBJECTIVOS	EXEMPLO DE QUESTÕES
<p>Bloco II Representações sobre o trabalho e supervisão das práticas</p>	<p>1. Avaliar as representações do enfermeiro tutor sobre o trabalho e a importância do processo de supervisão, dos enfermeiros.</p>	<p>1. Qual a importância que a actividade clínica tem no conjunto das actividades desenvolvidas pelos enfermeiros?</p> <p>2. Que responsabilidades lhe estão atribuídas no acompanhamento dos colegas e alunos em estágio?</p> <p>3. De que forma é que a filosofia da qualidade e estratégias de certificação condicionam a sua actividade de supervisão?</p>
<p>Bloco III Designação e relações funcionais do tutor</p>	<p>1. Identificar a estratégia de designação do tutor.</p> <p>2. Avaliar as relações funcionais do tutor com o enfermeiro chefe e com os enfermeiros que estão sob sua orientação.</p>	<p>1. Que critérios foram utilizados para a sua escolha como tutor?</p> <p>2. Qual a relação funcional que mantém, enquanto tutor, com o formador em serviço e com o enfermeiro chefe?</p> <p>3. Quais as atitudes dos seus colegas perante as suas responsabilidades a nível da supervisão clínica?</p>

<p>Bloco IV Relação com estruturas externas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a relação do tutor com estruturas externas. 2. Avaliar a projecção do trabalho do tutor para o exterior 	<ol style="list-style-type: none"> 1. As actividades que desenvolve no serviço têm algum tipo de impacto para o exterior? 2. Que tipo de articulação existe entre o seu trabalho e o dos colegas dos outros serviços com responsabilidades similares? 3. Mantém relações com outras estruturas/grupos na instituição, no âmbito das suas funções de orientador das práticas de enfermagem?
<p>Bloco V Caracterização da supervisão</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a supervisão disponibilizada aos alunos e aos profissionais de enfermagem. 2. Identificar as dificuldades que se colocam no acompanhamento dos alunos e dos profissionais de enfermagem. 3. Identificar as estratégias de negociação com as escolas, no domínio do acompanhamento dos alunos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quais as principais diferenças que consegue identificar entre a supervisão dirigida aos profissionais e a que disponibiliza aos alunos? 2. No que respeita ao acompanhamento da actividade clínica dos colegas, que estratégias utiliza com maior predominância? 3. Em relação ao apoio aos alunos, que tipo de estratégias utiliza? 4. Que tipo de dificuldades se colocam no acompanhamento dos colegas? 5. Que tipo de dificuldades se colocam no acompanhamento dos alunos? 6. Que estratégias se negociam com as escolas no decurso do planeamento, execução e avaliação dos estágios?

<p>Bloco VI Evolução do sistema de supervisão</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar em que medida o programa de acreditação da qualidade trouxe contributos para a supervisão dos profissionais e dos alunos. 2. Identificar as necessidades dos tutores, relativamente ao papel que as Escolas de Enfermagem devem desempenhar na área da supervisão clínica dos alunos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Na sua opinião, a implementação do programa de acreditação da qualidade condicionou o processo de orientação das práticas clínicas? Em que sentido? 2. Como gostaria que evoluísse o sistema de acompanhamento dos colegas no que respeita ao suporte e actividade clínica? 3. Que tipo de evoluções seria útil acontecerem a nível da supervisão clínica dos alunos? 4. Qual o papel que as Escolas Superiores de Enfermagem devem desempenhar nesta área?
<p>Bloco VII Relação do programa de promoção de qualidade e filosofia de supervisão</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a relação entre a filosofia implícita à orientação disponibilizada pelos enfermeiros tutores e o programa de promoção da qualidade. 2. Identificar quais os contributos da supervisão clínica em enfermagem para a melhoria da qualidade de cuidados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Em que medida é que a supervisão clínica pode contribuir para a filosofia global da qualidade? 2. Que contributos a supervisão clínica em enfermagem pode dar para a qualidade dos cuidados de enfermagem?

ANEXO 2

Exemplo de uma entrevista realizada

Entrevistado: I

Local: Hospital Pedro Hispano, Medicina

Dia: 05 de Agosto de 2003 **Hora:** 16h

Duração: 55 minutos

Bloco II

Q1

R: Qual é a importância que a actividade clínica tem no conjunto de actividades desenvolvidas pelo enfermeiro?

I: Os colegas vêm-me como um elo. Sempre que têm alguma dúvida, sabem que estou aqui, vêm-me procurar porque têm confiança no que faço. Acho eu! Há muita informação que se perde, ao longo de um dia de trabalho e eles recorrem muito a mim para obter essa informação. Quando há qualquer coisa que falha vêm ter comigo para pedir informações sobre a evolução dos doentes, sobre dúvidas que tenham sobre as suas práticas, se estão a fazer bem ou não as suas actividades, se estão a utilizar convenientemente os protocolos e as normas de controlo da infecção. Contam sempre comigo como apoio nestas e noutras áreas e recorrem sempre que precisam e eu faço o meu melhor para os poder ajudar.

Q2

R: Quais são as responsabilidades que estão atribuídas à I na supervisão ou orientação das práticas dos colegas, quer sejam recém chegados ao serviço, quer já estejam cá há algum tempo, e na supervisão de alunos em estágio?

I: O meu papel nessas áreas é realmente de orientação. Terminou agora um estágio da escola FP, em que estive eu e outro colega Enfermeiro de Referência a orientá-los. É o que se pretende dos Enfermeiro de Referência, mesmo em relação aos colegas. A equipa é muito jovem e nós temos uma responsabilidade muito grande e também não temos assim tantos anos de profissão. Se estarei a desempenhar bem o meu papel ou não, isso é outra

questão. Mas, sinto a responsabilidade, às vezes com dúvidas se estarei bem neste papel, se é o que esperam de mim. Sendo a equipe muito nova, e eu também, tenho muitas dúvidas e muito pouca gente no serviço com mais experiência do que eu, com quem possa falar e a responsabilidade é grande. Tendo em conta em conta a definição de Enfermeiro de Referência, Enfermeiro de Referência para o doente, para a família e para os colegas, temos a responsabilidade de procurar que o doente tenha assegurada a continuidade de cuidados desde que entra até que sai, que lhe sejam prestados cuidados de uma forma global em todos os turnos, sendo que o ER procura ser um fio condutor de informação, nesse aspecto, temos também a responsabilidade de assegurar a qualidade dos cuidados que a equipa presta aos doentes, ajudar os colegas a desenvolver competências e ajudá-los a pensar no que fazem. Em relação aos colegas, no geral, é isto que esperam de mim.

R: As responsabilidades que a I tem, segundo referiu, situam-se mais a nível do suporte técnico das práticas dos colegas. E a nível emocional, se for necessário intervir face a algum colega com necessidades nesta área?

I: Acho que aqui as coisas se confundem um bocadinho. Eu estou como Enfermeira de Referência há pouco tempo, já fiz parte da equipa, trabalhei com eles nos turnos, por isso é muito fácil perceber como estão e ajudá-los e eles ajudarem-me a mim. Mas, nota-se a diferença entre os colegas que trabalharam comigo antes de ser Enfermeira de Referência e aqueles que entraram agora que só me conheceram neste papel. A esses colegas, por vezes é difícil chegar e não consigo perceber com tanta facilidade se estão bem emocionalmente e psicologicamente. A relação deles comigo também é diferente da dos outros colegas, não estão tão à vontade.

Em relação aos alunos compete-me orientá-los e ajudá-los a integrar a teoria com a prática, ajudá-los a desenvolver o pensamento crítico. Muitos deles chegam aqui apenas com conhecimentos teóricos e nós temos a responsabilidade de os ajudar a integrar os conhecimentos, face aos determinados doentes, com múltiplos problemas. Apelar ao pensamento crítico dos alunos e ajudá-los a desenvolver competências nesta área é muito difícil e exige uma grande responsabilidade da nossa parte.

Q3

R: Sob o seu ponto de vista, de que forma é que a filosofia da qualidade e estratégias de certificação condicionam a sua actividade de orientação?

I: Uma das normas do King's Fund refere-nos a supervisão clínica em enfermagem. Penso que está tudo interligado, o processo da acreditação, o início dos enfermeiros de referência, talvez para fomentar mais a supervisão. Eu estou a trabalhar aqui desde de 1999 e ainda não estávamos com a acreditação. Quando se começou a falar do Enfermeiro de Referência já foi uma aproximação e preparação para o processo de acreditação, penso que para começar a implementar a supervisão clínica.

R: Então, no que se prende com a identificação do Enfermeiro de Referência, esta já terá tido por base o contributo que estes enfermeiros poderiam dar no acompanhamento ou supervisão de alunos e dos enfermeiros seus colegas?

I: Sim. Mas isto é só a minha opinião! Esta era uma pessoa com um pouco mais de experiência, que pudesse ajudar no desenvolvimento de competências, que tivesse desenvolvido a intuição a que se refere a Patrícia Benner.

Bloco III

Q1 e Q3

R: Tem a ideia de que critérios foram utilizados para a sua escolha como tutora?

I: Por parte da administração, penso que o principal critério começou por ser a antiguidade. Mas, nós cá no serviço tivemos alguns problemas. Eu não era a mais antiga no serviço, havia um colega mais antigo e houveram alguns problemas com ele, as coisas não correram muito bem, a equipa não o aceitou muito bem. Como a seguir a ele eu era a mais antiga, fiquei eu.

Penso que não deveria ser só esse o critério, mas, acabou por funcionar por parte da equipa, que no meu caso, aceitou bem que fosse a Enfermeira de Referência. Por outro lado, penso que ao considerarem a antiguidade, isso terá por detrás o factor conhecimento, experiência e intuição para que nos remete a Patrícia Benner.

É muito difícil conhecer bem as pessoas, o que são e as suas capacidades. Portanto, eu acho que, quer a administração, quer as enfermeiras as supervisoras e mesmo os chefes, neste processo de escolha, tiveram em consideração o critério experiência, no intuito de que um enfermeiro experiente reunisse todos estes factores que normalmente lhe estão associados.

R: Em relação a características pessoais, quais acha que poderiam ter pesado na decisão da sua escolha?

I: Nesse aspecto, a administração não consegue identificar essas características, mas, penso que o chefe consegue e pode ser auscultado nesse aspecto. No meu caso, penso que não terá sido muito relevante, já que a chefe estava no serviço havia muito pouco tempo e não me conhecia bem, só agora nos começa a conhecer melhor.

Na minha opinião, além da experiência, há características que são muito importantes, tais como: ter capacidade de liderança, ter facilidade na comunicação, ser aceite pelo grupo,...

Q2

R: Enquanto enfermeira tutora, qual a relação que mantém com o formador em serviço e com o enfermeiro chefe?

I: Com esta confusão de rotação de chefes, nunca tivemos formador em serviço. Quem ocupava essa função, foi sempre o chefe. O nosso plano de formação foi delineado no ano passado pelo enfermeiro V, que para além de, na altura, ser o chefe do serviço, teve um papel preponderante no planeamento da formação em serviço. O plano, quanto a mim, estava muito bem elaborado e ia ao encontro das necessidades da equipa. A actual chefe manteve esse plano e está a tentar dar-lhe continuidade.

Como a equipa é muito nova, há uma série de dificuldades identificadas e capacidades que precisam ser desenvolvidas. Para isso, é necessário investir na formação em serviço para colmatar algumas dessas dificuldades da equipa.

Relativamente á relação funcional, na altura, o enfermeiro V, quando elaborou o plano de formação, pediu a minha colaboração e auscultou a equipa no sentido de identificar as áreas onde devia incidir a formação. Ele ouviu as pessoas e contemplou as o que se foi sugerindo.

Bloco IV

Q1

R: Acha que as actividades que desenvolve no serviço têm algum impacto para o exterior?

I: Pelo menos por enquanto, fica-se mais pelo serviço e para os doentes. A interligação e continuidade de cuidados do doente entre o serviço e os centros de saúde acho que são uma forma de impacto do trabalho que desenvolvo. E, acho que funciona bem! Penso que no geral, neste aspecto, a ULS funciona bem. Relativamente à supervisão clínica, penso que o impacto fica mais pelo serviço. Penso que, para já, a visibilidade não é grande.

No entanto, penso que o meu papel de orientação de alunos e colegas tem impacto directo sobre os cuidados prestados aos doentes e, posteriormente, pode também ter algum impacto para o exterior, através dos próprios doentes. Neste aspecto, a melhor qualidade e a continuidade dos cuidados são reflexo da orientação ou supervisão que dispenso aos colegas e aos próprios alunos. Assim, posso dizer que o impacto que a minha actividade tem para o exterior pode verificar-se, ainda que indirectamente, através da qualidade e continuidade dos cuidados que eles prestam.

Q2

R: Existe alguma articulação entre o seu trabalho e o dos colegas dos outros serviços, com responsabilidades idênticas?

I: Temos alguma, mas mais sobre aspectos da prática. Temos um colega que é o elo de ligação na comissão de controlo da infecção e para o protocolo das úlceras de pressão. Neste âmbito, os Enfermeiros de Referência costumam reunir para colocarmos as nossas dúvidas e trazermos ideias e informações para o serviço, procurando normalizar a nossa intervenção nestes aspectos, para que todos os enfermeiros dos serviços actuem de forma similar.

A nível da supervisão, e no que respeita aos estágios, ultimamente nós temos sempre a mesma escola; como temos muitas dúvidas em relação à orientação dos alunos e pouco apoio por parte dos orientadores da escola, tivemos que nos reunir com Enfermeiros de Referência de outros serviços, onde estão alunos da mesma escola, para ver como estavam a organizar as coisas e discutir se a orientação está a ser feita da mesma forma, de modo a podermos trocar impressões e inter-ajudar-nos. Mas isto foi feito de um modo pouco formal, foi um contacto mais informal.

Q3

R: Em relação a outras estruturas ou grupos na instituição, mantém alguma relação funcional no âmbito das suas funções de supervisão?

I: Não. Neste âmbito, não mantemos relações com outras estruturas da instituição. Temos algumas relações no âmbito das minhas funções mas que não tem directamente a ver com a supervisão. Tenho relação com o grupo de controlo da infecção hospitalar, a comissão de higiene e o grupo responsável pelo estudo das úlceras de pressão que, de certo modo tem a ver com as minhas funções de orientação das práticas de enfermagem, mas não directamente com a supervisão clínica.

Bloco V

Q1

R: Consegue identificar diferenças entre a supervisão de alunos e de profissionais?

I: O colega já terminou o seu curso, está apto para começar a trabalhar, embora ainda tenha que desenvolver, o mais rapidamente possível, um conjunto de competências, capacidades, destreza e conhecimentos que lhe permitam responsabilizar-se pela prática de cuidados directos e indirectos, ao doente. Esta aquisição de saberes e adaptação á sua condição de jovem profissional tem que ser feita o mais rapidamente possível.

Os alunos chegam-nos com um conjunto de conhecimentos teóricos e nós temos também que os ajudar a adquirir competências, capacidades destreza e conhecimentos, mas, estão ainda a começar. Têm muitas dificuldades em interligar as coisas e em estabelecer prioridades porque lhes falta o contacto com a realidade; falta-lhes a experiência. Daí que, os alunos necessitem de um período mais longo para adquirir estas competências, o que exige também uma supervisão mais efectiva e sistemática, dado que não está apto a praticar cuidados de enfermagem sem a supervisão de um profissional. O aluno está numa fase de aprendizagem em contexto real, por isso exige uma supervisão contínua de todas as suas aprendizagens.

Em termo dos colegas, já se espera deles um pouco mais. O profissional já passou essa fase. Ao iniciar a sua actividade profissional, o enfermeiro tem que fazer um período de adaptação ao contexto real onde vai desenvolver a sua actividade. É claro que precisa de supervisão ao longo de toda a sua vida, mas, esta supervisão vai-se alternando, incidindo em diferentes aspectos nos diferentes momentos da sua vida profissional, em função da sua própria evolução.

Q2

R: No respeito ao acompanhamento dos colegas, da actividade clínica dos colegas, tem estratégias definidas que costume utilizar com maior frequência?

I: Normalmente não temos doentes atribuídos, mas colaboramos com os nossos colegas na prestação de cuidados, tentando dar mais apoio aos colegas que estão cá à menos tempo ou que têm mais dificuldades quer em termos de comunicação, quer a nível burocrático, a nível da tomada de decisão. A estratégia é mais essa, acompanhar mais esses colegas para tentar detectar quais são as suas dificuldades e limitações. Eu e o outro Enfermeiro de Referência somos responsáveis por uma ala do serviço cada um e, de 6 em 6 meses, trocamos para ficarmos a conhecer melhor todos os colegas. Tentamos também que os colegas fiquem sempre com os mesmos doentes. Assim, é melhor para o doente porque tem sempre os mesmos enfermeiros a prestar cuidados, mais fácil para os colegas, pois conhecem melhor as necessidades dos seus doentes e é mais fácil para nós porque fazemos um acompanhamento dos colegas e conhecemo-los melhor. A estratégia base é esta, estar mais presente junto dos colegas para perceber melhor as suas dificuldades.

Q3

R: Em relação às estratégias que costuma utilizar com maior frequência no apoio aos alunos?

I: É muito mais complicado acompanhar alunos quando temos grupos grandes quando são grupos pequenos, de 2 ou 3 alunos, é muito mais fácil.

Normalmente e, nomeadamente neste grupo, eu e o meu colega Enfermeiro de Referência, inicialmente, procuramos saber quais eram os objectivos de estágio e estruturá-lo a partir desses objectivos. Tentamos fazer uma introdução gradual das actividades, tendo em consideração as capacidades individuais e desenvolvimento de cada aluno. Tentamos que numa fase inicial eles apenas observem a dinâmica do serviço, o tipo de patologias mais frequentes e a medicação mais utilizada. Não começo logo a fazer perguntas, deixo que primeiro observam e têm algum tempo para estudar as áreas que acharem mais pertinentes.

A estratégia, no fundo é esta, iniciar gradualmente as actividades e tentar acompanhá-los ao máximo para percebermos quais as suas capacidades e onde estavam as suas maiores dificuldades, para os podermos ajudar. Mas, tudo isto é mais complicado quando, por excesso de trabalho, eles têm que ser acompanhados por outros colegas e aí, temos que recorrer aos colegas para obter essas informações e delegar neles o acompanhamento mais próximo dos

alunos, porque nós não conseguíamos estar ao mesmo tempo com os 10 alunos e foi muito complicado conhecê-los bem a todos, e ver bem quais eram as limitações e capacidades de cada um.

R: E em termos de suporte emocional, costuma ter alguma estratégia já definida?

I: Neste aspecto, não tenho estratégia, acho que vai saindo naturalmente. Nós fazíamos pelo menos uma reunião semanal, com o grupo todo, para tentar que eles verbalizassem as dificuldades que sentiam, não só nos aspectos técnicos, mas também as dificuldades de ordem emocional. Nós insistíamos muito nesta área por todas as razões, mas também porque este é um serviço muito pesado e complicado em termos de patologias. Nesta área a estratégia é essa, não só arranjar espaço para eles irem falando sobre as suas angústias, incentivá-los a fazerem-no e conversarmos sobre o que é que da nossa parte pode ser feito para mudar, para os poder ajudar.

Q4

R: Quais são as maiores dificuldades com que se tem confrontado na supervisão dos colegas?

I: As maiores dificuldades são as que têm a ver com a minha maneira de ser e de estar de alguns colegas. Para mim é muito complicado chamar à atenção. É muito difícil ver alguém a fazer mal e ter que dizer que está a fazer mal, que não é assim que se faz. Até porque, as pessoas são profissionais e tiraram um curso como eu, por isso, é muito complicado chamá-las à atenção. Do ponto de vista pessoal, sinto também algumas dificuldades no que respeita ao desempenho do meu papel, se estou ou não a desempenhá-lo da melhor forma. Penso muito sobre isto.

Outra das grandes dificuldades que sinto é na questão da mudança. Estamos sempre a dizer que queremos acabar com as rotinas, queremos os cuidados individualizados, mas, quando tentamos fugir à rotina e mudar alguma coisa, é muito complicado. O processo de mudança é muito complicado, os colegas oferecem muitas resistências e nem sempre colaboram. Sinto que, presentemente, em alguns aspectos que estamos a tentar mudar, eu devia ser mais directiva com os colegas. Era essencial que eu o conseguisse ser, se quero que, de facto, as coisas mudem. Neste momento esta é uma grande dificuldade que sinto.

No fundo, o que eu acho mais difícil, é ajudar os colegas a mudar a sua forma de estar e de ser na profissão. Os aspectos técnicos são mais fáceis de corrigir. Podem cometer erros, mas se ajudarmos a uma melhor prática, as pessoas tentam fazer melhor. O pior é mesmo mudar coisas que se prendem com

a maneira de ser da pessoa. Este é um campo onde nós podemos e devemos evoluir muito e devíamos estar preparados para ajudar os colegas nestes aspectos.

Normalmente não é a vertente técnica a que me cria maiores dificuldades na orientação, mas sim a personalidade das pessoas.

Sinto também que os colegas têm muitas dificuldades na tomada de decisão. Quando as coisas fogem da rotina, as pessoas têm muitas dificuldades porque não sabem actuar, mas pior do que isso é que, muitas vezes não querem aprender a actuar. É mais nessa área do saber ser que eu acho muito complicado ajudar a mudar e a crescer.

R: Pelo que entendi, uma das grandes dificuldades que sente está relacionada com a rotina...

I: Sim, é. As pessoas dizem que querem acabar com a rotina, no entanto, para elas é mais fácil trabalhar dessa forma e na prática não deixam de trabalhar por rotina.

Q5

R: Quais as dificuldades com que se costuma defrontar no acompanhamento de alunos?

I: Algumas já me referi a elas. Acho também que se não tivermos um bom orientador pedagógico por parte da escola, que nos oriente também a nós em relação ao que a escola pretende com o estágio e dos próprios alunos, os objectivos da escola, os conteúdos programáticos que os alunos deram e saber, na prática, o que é que a escola pretende. Como sabe, é comum os alunos serem entregues no serviço, sem termos ninguém da escola a orientar. Quando tínhamos alunos da escola X, tínhamos cá o orientador da escola sempre presente. Isso era o ideal, pois é muito importante termos no serviço uma pessoa com formação e experiência no acompanhamento de alunos, que está preparado para as dificuldades que podem surgir.

Ainda agora estou com muitas dificuldades em orientar este grupo de alunos. Faço perguntas, tento fazê-los pensar, mas por vezes tenho dificuldades em ver quais as suas capacidades e onde devo investir mais no seu desenvolvimento, onde é que eles precisam mais de ser estimulados. Se calhar isto é devido à minha falta de experiência. Nesta área também preciso de me fundamentar melhor teoricamente.

Neste estágio tive um aluno que reprovou e quer eu, quer os outros colegas tivemos dúvidas sobre todo o processo de desenvolvimento do estágio e sobre a forma como devia ser conduzida a situação em termos de informação para a escola. Como tínhamos muito apoio da orientadora pedagógica, tivemos

muitas dúvidas sobre o que é que esperavam de nós, o que é que queriam que os alunos fizessem, quais os critérios para eles poderem passar ou não e qual era a filosofia do próprio estágio.

Soubemos que era o 2º estágio hospitalar, mas não quais as capacidades que estavam ou não desenvolvidas.

Sinto a falta de mais acompanhamento por parte da escola. Eu não me sinto bem preparada para a orientação de alunos, se calhar também tenho que pesquisar nessa área, mas as escolas também deviam dar mais apoio.

Q6

R: Costumam negociar com as escolas algumas estratégias no planeamento, desenvolvimento ou avaliação dos estágios?

I: Nós tentamos! Acho que é importante saber o que é que a escola pretende, qual a filosofia da escola e quais os objectivos para o estágio. É fundamental sabermos muito bem isso, senão, estamos a trabalhar mal e daí advém aquilo a que muitos dizem “o tal distanciamento da escola e a prática”, o distanciamento entre a teoria e a prática. Temos que articular estes saberes. Nós nos serviços, se calhar, estamos um bocadinho longe da teoria (espero que não), mas, estamos um pouco distantes também da área da orientação de alunos. Essa é a minha grande dificuldade, saber o que a escola pretende e saber quais as capacidades a desenvolver mais nos alunos. Por isso, é preciso estarmos muito bem orientados da parte da escola e nessa área, no que me diz respeito, precisamos de mais apoio, de dialogar mais, de estarmos mais próximos. Relativamente a este estágio, nem nas reuniões semanais que fazíamos com os alunos a orientadora estava presente. Quanto a mim, pelo menos nestas, era fundamental que ele estivesse presente para falarmos todos em conjunto, pelo menos este acompanhamento, devia ser feito.

Bloco VI

Q2

R: Como é que gostaria que evoluísse o sistema de acompanhamento dos colegas, a nível do suporte da actividade clínica?

I: Acho que os enfermeiros começam muito cedo a lidar com uma realidade muito dura. Com 21 ou 22 anos começam a ter contacto com situações muito complicadas como a morte, o sofrimento, o enfrentar doentes e famílias em situações muito graves, a própria sobrecarga de trabalho, com as quais não têm maturidade suficiente para lidar.

Acho que há coisas que deviam mudar. Devíamos ter uma equipa que nos apoiasse no aspecto emocional. Porque não o acompanhamento de um psicólogo. Devia haver um serviço de saúde ocupacional que funcionasse efectivamente, mas que não fosse tão virada para os aspectos do bem-estar físico. Vamos lá, fazemos umas análises, mas o apoio em aspectos muito importantes, não há.

Eu sinto a falta desse apoio. A equipa, é muito jovem, se estão numa fase de mais dúvidas e eu ando muito cansada, também não consigo, tenho um bocado de dificuldade em gerir tudo. É claro que tenho alguns colegas que têm um pouco mais de maturidade e me apoiam. Eu também preciso de apoio. Nós por vezes trocamos impressões e apoiamo-nos uns aos outros, porque de outro modo, não temos apoio nenhum. Há pouco tempo fizeram um curso aqui no hospital sobre gestão de stress; já é alguma coisa. Já é um princípio. Pelo menos já é uma aproximação à parte psicológica, ao ajudar.

Em termos da evolução que acho que deveria haver, penso que era importante haver um acompanhamento mais sistemático dos enfermeiros. O que temos na actualidade é uma aproximação ao método do Enfermeiro de Referência. Para começar, isto não estaria mal, mas é preciso evoluir. Penso que os próprios ER deveriam ter mais apoio. Deveria haver alguém que tivesse mais contacto connosco, que nos supervisionasse, que conhecesse melhor a equipa e os seus problemas, sem fazer o papel de policiamento. Até as enfermeiras supervisoras poderiam ser um pouco mais interventivas nesta área. Deviam dar mais suporte à equipa, deviam estar mais presentes, ver as dificuldades da equipa e não virem ao serviço apenas para policiar.

Para mim poderiam ficar dois Enfermeiros de Referência a fazer apenas a supervisão dos colegas em todas as áreas, sem terem doentes atribuídos. Estes Enfermeiros de Referência teriam que reunir as características fundamentais para poder desempenhar este papel, deviam ser pessoas experientes, reconhecidas pelos colegas pelos seus conhecimentos e pela boa prática e deviam ter formação acrescida na área da supervisão.

No geral, acho que quer a nível da orientação de alunos quer de colegas, se precisa de mais suporte teórico, de ler mais um bocado. Depois, após algum tempo da implementação do método, devia-se fazer uma avaliação para ver se precisa de alterações.

Q3 e Q4

R: Relativamente à supervisão clínica de alunos, como é que gostaria que evoluísse o sistema, e qual o papel que as escolas devem desempenhar neste processo?

I: É complicado! Neste momento, acho que se perde muito pelo facto de não estar um docente da escola a acompanhar os alunos em estágio. A prática é ótima, mas nós por vezes não fazemos as coisas da forma mais correcta, por rotina. Só por isso, e por muito que agente se esforce por mudar, isso não está correcto e os alunos não devem aprender assim. Acabamos por lhes ir inculcando hábitos que não deviam ser inculcados. Eles deviam aprender a trabalhar da forma ideal de estar e de trabalhar e depois serem eles a decidir como querem fazer no futuro. É claro que eles aprendem com as nossas práticas, mas nós pervertemos um bocadinho as coisas. Nesse aspecto, faz muita falta a presença sistemática de um docente da escola. É claro que nós somos importantes, mas o nosso papel podia ser o de fazermos de elo de ligação com a prática, mas tentar manter a filosofia da escola no como fazer, como estar com o doente. Penso que a evolução deveria passar por aí. Devia estar sempre presente no estágio, um orientador da escola. Devia pelo menos estar muito presente! Se não viesse diariamente, penso que seria essencial vir pelo menos duas vezes por semana.

O que se passa agora, é que os alunos só estão a contar com a nossa avaliação e eu acho que só essa avaliação não é suficiente. O facto de os alunos se poderem sentir muito observados ou policiados pela presença contínua do professor, numa fase inicial até poderia ser um factor de stress para eles, no entanto eu acho que seria muito melhor no aspecto em que eles se sentiriam mais apoiados, mais orientados e mais seguros, pois o professor é uma pessoa que já lhes é familiar, que eles conhecem e que os conhece a eles, já têm uma relação afectiva.

Acho também que a articulação entre escola e serviço deveria ser maior. Eu neste momento falo desta forma, porque por sorteio, ficamos com a escola F no serviço, que não faz acompanhamento dos alunos, mas já tivemos outras escolas em que esse acompanhamento era feito, embora todos fossem diferentes, esta é sem dúvida a que faz menor acompanhamento. A imagem da escola; a marca da escola tem que estar mais presente!

Eu também sinto algumas dificuldades pessoais no que respeita aos conhecimentos sobre supervisão de alunos. Embora eu leia sobre, penso que as escolas poderiam ter um papel fundamental na formação de enfermeiros que fazem a supervisão dos seus alunos. Era um grande contributo que poderiam dar. Penso que até mais na supervisão de alunos do que nas dos profissionais, esta acaba por ser mais fácil. A supervisão de alunos exige conhecimentos na área da pedagogia que era fundamental que tivéssemos.

Bloco VII

Q1 e Q2

R: Em que medida é que a supervisão clínica, tal como a concebe, pode contribuir para a qualidade?

I: Se alguém experiente consegue ajudar outro alguém não tão experiente, em qualquer domínio; no saber estar, saber ser, saber fazer, a crescer e desenvolver-se mais rapidamente, que consiga identificar as dificuldades, as zonas do saber e não saber, que oriente em termos de necessidades de formação em serviço, que apoie emocionalmente quando é preciso, esta pessoa está a contribuir grandemente para a qualidade dos cuidados que a outra vai prestar. Contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados que presta, isto reflecte-se a nível do doente, da comunidade e do próprio sistema nacional de saúde.

Com isto quero dizer que quão mais bem acompanhados ou supervisionados são os profissionais, em todos os domínios, melhor é a qualidade dos cuidados que prestam, o que se reflecte aos níveis que já referi.

As pessoas estando melhor orientadas, mais felizes e bem consigo mesmas, prestam melhores cuidados.

ANEXO 3

Grelhas de análise das entrevistas

Grelha de análise das entrevistas (1)

Domínio: A importância da supervisão – IS

Categorias	Domínio e reflexão sobre a realidade	Apoio a alunos e profissionais	Segurança e qualidade de cuidados	Organização do trabalho
Entrevistas				
Entrevista A	<p>- AIIQ2 “Nós, em termos de disponibilizarmos alguma orientação, é mais no sentido de, como já lhe disse, de estar cá sempre, de ter conhecimento mais integral, ...” (IS)</p> <p>- AIIQ2 “Os próprios médicos recorrem a nós por saberem que nós estamos dentro dos assuntos... No fundo é isso, estamos dentro dos assuntos do serviço na sua totalidade. Quero dizer, integralmente. Porque as coisas passam-se de 2ª a 6ª e se acontecem fora do turno da manhã toma-se conhecimento logo na manhã seguinte.” (IS)</p>	<p>- AIIQ2 “No projecto da supervisão, a área que eu acho que acaba por ser a mais sensível é a questão do apoio, o suporte dos profissionais.” (IS)</p>		
Entrevista B			<p>- BIIQ2 “Supervisão clínica por um lado, penso que tem muita importância na questão da minimização do erro, isto é, na segurança do doente e nós temos que zelar por isso.” (IS)</p>	
Entrevista C			<p>- CIIQ2 “Basicamente, eu acho que a importância da supervisão se reflecte a estes níveis: a continuidade e</p>	

			uniformização de cuidados, na relação com o doente e família e, no fundo, o próprio acompanhamento dos colegas.” (IS)	
Entrevista D		- DIIQ2 “A questão do acompanhamento dos alunos, acho que também é muito importante.” (IS) -DIIQ2 “Em relação aos colegas é evidente que tenho um papel extremamente importante. A experiência e os conhecimentos que tenho, o estar cá todos os dias, em muitos momentos, contribui para os ajudar.” (IS)		
Entrevista E	- EIIQ2 “Eu acho que é muito importante, porque eu acho que quem está junto aos doentes, não tem a facilidade e até mesmo a capacidade de, no desenrolar das práticas, de observar eficazmente um determinado número de coisas; há um determinado número de coisas que lhes escapam e que são importantes.” (IS) - EIIQ2 “Mas não é só o observar, é também o conseguir reflectir sobre elas e ajudar os colegas a reflectir.” (IS)	- EIIQ2 “Isto acontece com frequência, ajudar as pessoas a reflectir aquilo que sabem e o que não sabem.” (IS)		
Entrevista F	-EIIQ2 “Eu penso que o papel de ER é muito importante nesta dinâmica de prestação de cuidados, porque existe um elemento, que neste caso sou eu, que tem uma visão global de todo o serviço e de todos os problemas que acontecem diariamente.” (IS)	- EIIQ2 “Penso que a nível da orientação e integração de novos profissionais.” (IS) - EIIQ2 “Por outro lado, também sirvo de elo de ligação com a enfermeira chefe.” (IS)		- EIIQ2 “Em relação ao serviço, também sou eu que, de uma forma geral, organizo o plano de trabalho dos colegas. Como tenho um conhecimento geral do serviço, da sua dinâmica e dos próprios colegas, sou eu que dou as

	- EIIQ2 “Acho que é importante haver um ER porque, de facto, é a pessoa que está diariamente no serviço, que apanha as passagens dos três turnos e que tem uma visão global e mais correcta do serviço.” (IS)			orientações e organizo os planos.” (IS)
Entrevista G		- GIIQ2“ [Apoio] Eu penso que seja importante na medida em que eles sabem que está ali alguém com quem podem contar, para o bem e para o mal... No fundo somos o outro ombro, com a obrigação de apoiar.” (IS)		
Entrevista H		- HIIQ2 “É de extrema importância, só que, há falhas! É como em tudo! Mas que há um maior crescimento, tanto a nível dos profissionais do serviço...” (IS) - HIIQ2Os profissionais provavelmente têm um ganho enorme. (IS)		
Entrevista I	- IIIQ2 “Há muita informação que se perde, ao longo de um dia de trabalho e eles recorrem muito a mim para obter essa informação.” (IS)	- IIIQ2 “Os colegas vêm-me como um elo. Sempre que têm alguma dúvida, sabem que estou aqui, vêm-me procurar porque têm confiança no que faço. Quando há qualquer coisa que falha vêm ter comigo para pedir informações sobre a evolução dos doentes, sobre dúvidas que tenham sobre as suas práticas, ...” (IS) - IIIQ2 “Contam sempre comigo como apoio nestas e noutras áreas e recorrem sempre que precisam e eu faço o meu melhor para os poder ajudar.” (IS)		
Entrevista J				

<p>Entrevista</p> <p>L</p>	<p>- LIIQ2a) "...eu estou todos os dias e consigo, ver o acompanhamento; e acho que é mais fácil para mim." (IS)</p>		<p>- LIIQ2a) "Enfim, eu julgo que o que é importante é o seguinte, porque um dos objectivos é garantir que os cuidados de enfermagem sejam feitos o mais adequadamente e com qualidade possível, e nesse sentido penso que é bom que haja uma pessoa que se preocupe com isso e que esteja... que garanta isso no fundo... de resto, eu tento que as normas sejam cumpridas. Claro que também tenho dúvidas. Evidente! Mas acho que isso favorece a qualidade dos serviços." (IS)</p>	
<p>Entrevista</p> <p>M</p>		<p>- MIIQ2 "Bem, eu acho que o mais importante é a integração..."</p> <p>- MIIQ2 "Voltando à pergunta anterior, ... permitem que nós possamos chamar à atenção das pessoas, sem entrar em atritos. Não é? Se és amiga, chamas a atenção de uma maneira diferente." (IS)</p>	<p>- MIIQ2 "Eu acho que a um tipo de orientação assente na supervisão clínica contribui muito para a qualidade dos cuidados." (IS)</p>	

Grelha de análise das entrevistas (2)

Domínio: Acompanhamento clínico – AC

Categorias	Integração de alunos e profissionais	Suporte	Reflexão sobre as práticas /desenvolvimento de competências	Formação contínua	Continuidade e qualidade dos cuidados	Processo de prestação de cuidados
Entrevistas						
Entrevista A	- AIIQ2 “Em alturas em que são admitidos colegas novos, ficam, regra geral, nos turnos da manhã. Portanto, iniciam com aquela integração do turno da manhã mais prolongada e depois, progressivamente outros turnos. São, digamos que, dados à nossa orientação durante esse período de tempo, porque é o turno em que estamos mais presentes.” (AC)					
Entrevista B		- BIIQ1 “No acompanhamento clínico, a vivência profissional tem-me dito, ou pelo menos tem-me demonstrado, que no aspecto da supervisão, o suporte a ser dado aos colegas e vice-versa, na minha opinião, é aquele que me chamaria mais à atenção.” (AC)			- BIIQ1 “Depois as outras duas. Supervisão clínica por um lado, penso que tem muita importância na questão da minimização do erro, isto é, na segurança do doente ” (AC)	

<p>Entrevista</p> <p>C</p>		<p>- CIIQ2 “[acompanhamento dos alunos] Sim, de alguma forma, mas não é assim uma coisa muito directa, porque cada aluno tem o seu tutor. (AC)</p> <p>- CIIQ2 “Como sou também responsável pela formação, falo muitas vezes com os colegas e com os professores da escola que estão no serviço a acompanhar os alunos. Este ano falei mais com a CC porque ela é que ficou responsável pelos alunos, então falamos muitas vezes, mais em termos de orientação e do suporte aos alunos, o que eu acho muito importante;” (AC)</p> <p>- CIIQ2 “Eu acho que o ER ou enfermeiro supervisor, como quer que se venha a chamar, devia ter uma participação muito, muito mais activa nesse aspecto. No entanto, acaba por ser difícil, porque são muitas coisas, muitas incumbências e acabamos por nos dispersar um bocado.” (AC)</p>		<p>- CIIQ2 “Está implícito que o enfermeiro controle. Apesar de não o fazer formalmente, acaba por fazer isso, acaba por estar a controlar tudo.” (AC)</p>	
--	--	--	--	--	--

		- CIIQ2 “No meu caso, sem dúvida que eu gostava de dar muito mais apoio e suporte aos alunos aos alunos.” (AC)				
Entrevista D	- DIIQ2 “Sinto muita responsabilidade na integração dos novos elementos porque desta integração depende a sua adaptação ao serviço e o gosto pela própria profissão. Nesta fase precisam de muito apoio e acompanhamento” (AC)	- DIIQ2 “Relativamente aos colegas, quando estão comigo e eu tenho doentes, vou orientando nos cuidados directos ao doente e acompanho-os e apoio no que é necessário.” (AC)				
Entrevista E			- EIIQ1 “Mas não é só o observar, é também o conseguir reflectir sobre elas e ajudar os colegas a reflectir. É uma prática que lhe assiste; “porque é que se faz isto ou aquilo? Porque é que se faz desta forma e não de outra?” (AC) - EIIQ1 “Isto acontece com frequência, ajudar as pessoas a reflectir aquilo que sabem e o que não sabem.” (AC)			

<p>Entrevista</p> <p>F</p>	<p>- FIIQ2 “Tento dentro dos meus conhecimentos, fazer-lhes [novos colegas] uma integração correcta e o mais rápido possível. E claro, andar sempre atenta a esses novos elementos e verificar onde eles têm mais necessidades, até porque isto é uma área muito específica e eles precisam de mais supervisão na fase de integração.” (AC)</p>		<p>-FIIQ2 “De uma forma geral tento supervisionar um pouco o trabalho das colegas. Não com a intenção de vigiar ou policiar, porque não estou aqui para vigiar ninguém! Mas, supervisionar naqueles aspectos em que eu acho que as coisas poderão ser melhoradas, onde há mais áreas a intervir, a apostar e a perder mais algum tempo.” (AC)</p>			-
<p>Entrevista</p> <p>G</p>		<p>- GIIQ2a) “...eu é que vou orientando um bocado a orientação em relação aos colegas.” (AC)</p>			<p>- GIIQ2a) “[responsabilidades na supervisão] orientação...! A supervisão é aquela orientação em que eu tento orientar, interferindo só quando é necessário.” (AC)</p> <p>- GIIQ2a) “Não interfiro no como eles trabalham, mas, orientar o trabalho deles.” (AC)</p>	

<p>Entrevista</p> <p>H</p>	<p>- HIIQ2 “Colegas, recém chegados ao serviço... era a responsável pela integração deles. Este é um momento muito importante na vida da pessoa, quer seja aluno, quer seja profissional; a integração que lhe fizemos no serviço e o acompanhamento que lhe disponibilizarmos pode condicionar todo o seu percurso, a construção da sua identidade profissional e a própria vinculação à profissão. Nesta fase, podemos contribuir para que venham a gostar muito ou pouco de ser enfermeiros” (AC)</p>	<p>- HIIQ2 “Eu acabava por ficar responsável, depois, pela orientação e por um certo suporte que é necessário [alunos] e pela comunicação escola-serviço.” (AC)</p>				
<p>Entrevista</p> <p>I</p>		<p>- IIIQ2a) “O meu papel nessas áreas é realmente de orientação e de acompanhamento.” (AC) - IIIQ2a) “A equipa é muito jovem e nós temos uma responsabilidade muito grande e também não temos assim tantos anos de profissão.” (AC)</p>	<p>- IIIQ2a) “O ER procura... ajudar os colegas a desenvolverem competências e ajudá-los a pensar no que fazem ... Em relação aos alunos, compete-me orientá-los e ajudá-los a integrar a teoria com a prática, ajudá-los a desenvolver o pensamento crítico.” (AC)</p>		<p>- IIIQ2a) “Tendo em conta em conta o que é o ER... temos a responsabilidade de procurar que o doente tenha assegurada a continuidade de cuidados... temos também a responsabilidade de assegurar a qualidade dos cuidados que a equipa presta aos doentes, ...” (AC)</p>	
<p>Entrevista</p> <p>J</p>				<p>- JIIQ2 “Tenho que fazer um diagnóstico de</p>		

				necessidades , elaborar o plano das actividades que tenho que fazer e fazer a avaliação e ver o impacto que esta formação tem tido na prática.” (AC)		
Entrevista L		- LIIQ2a) “Vou intervindo na actividade dos colegas se for necessário, principalmente nos que estão com dificuldades.” (AC)			- LIIQ1 “Eu julgo que o que é importante na supervisão é garantir que os cuidados de enfermagem sejam feitos o mais adequadamente e com a qualidade possível, e nesse sentido penso que é bom que haja uma pessoa, o supervisor, que no fundo, se preocupe com isso e que garanta isso.” (AC)	- LIIQ2a) “Vou intervindo na actividade dos colegas se for necessário, principalmente nos que estão com dificuldades, que precisam de ajuda em termos de conhecimentos na área. Eles desempenham uma prestação de cuidados e eu estou junto deles, vou passando pelas enfermeiras vou ver como é que as coisas estão a ser feitas e vejo se as normas e as especificações estão ou não a ser cumpridas e, pronto, ajudo-os quando é necessário. Também em termos práticos, se for

						necessário, se ele precisa de uma ajuda para fazer isto ou aquilo eu vou lá e faço também ... E pronto, o plano de cuidados, a avaliação, nós temos que garantir que isso seja tudo feito.” (AC)
Entrevista M	<p>- MIIQ1 “Penso que de uma boa integração depende toda a integração do resto do trabalho. Se tens noção de que pegaste naquele elemento e que lhe transmitiste todos os conhecimentos importantes para uma boa prática de enfermagem, mais tarde, consegues chamar a atenção se esse elemento errar.” (AC)</p> <p>- MIIQ2a) “Sou responsável pela integração de novos colegas e dos alunos, quando eles estão nos turnos da manhã... Penso que de uma boa integração e acompanhamento depende toda a integração do resto do trabalho e o futuro do enfermeiro. Penso que é importante proporcionar-lhes o máximo de experiências possíveis e ajudá-los a orientar a aprendizagem perante as situações novas que vão aparecendo.” (AC)</p>	<p>- MIIQ2a) “E oriento os alunos, mas há sempre outros enfermeiros que estão responsáveis por eles, porque eu nunca fico com os alunos directamente entregues.” (AC)</p> <p>- MIIQ2a) “Quando presto cuidados directos, também auxilio os colegas que têm doentes atribuídos e faço orientação. Afinal é um bocadinho de tudo.” (AC)</p>				

Grelha de análise das entrevistas (3)					
Domínio: Acompanhamento na área da formação – AF					
Categorias Entrevistas	Perspectiva ecológica	Identificação de problemas de formação	Motivação para a formação	Conhecimento dos diversos currícula	Pensar a própria formação
Entrevista A	– AIIQ2 “Há uma grande articulação entre todas estas estruturas, a chefe, o enfermeiro formador e os enfermeiros de referência fundamentalmente, na definição de estratégias...” (AF)				
Entrevista B	– BIIQ2 “No que me diz respeito, particularmente, passo algumas vezes nos serviços para ver se há alguma intercorrência, para ver como os alunos estão, se há algum aspecto mais interessante que as escolas tenham trazido de novo à instituição.” (AF)	– BIIQ1 “... nós temos tido algumas queixas, principalmente por parte de colegas que participam na formação de alunos e não têm formação na área pedagógica. Penso que não serão propriamente queixas, mas a manifestação de algumas preocupações pela existência de lacunas na nossa formação, no que respeita ao acompanhamento de alunos.” (AF) – BIIQ1 “Penso que há até uma certa diminuição da auto-estima dos colegas devido a esta falta de		– BIIQ2 “Nós temos tido o cuidado, que esperamos manter, que, pelo menos as grandes escolas da cidade do Porto, se mantenham conosco, porque achamos que em termos profissionais é importante. Temos tido o cuidado de não manter apenas uma única escola, pois achamos que para a instituição isso é importante contactar com os diferentes modelos de	– BIIQ2 “Tem-se verificado que ao longo de alguns anos que as pessoas, quando começaram os projectos de formação, iam muito para formações de cátedra, formações teóricas. Temos vindo a tentar inverter esta marcha para que esta formação não fosse tão formal e para que esta se prendesse com questões específicas dos próprios serviços, muitas vezes, técnicas muito especializadas que era preciso desenvolver. É um caminho que penso, neste momento, estar um bocadinho parado. Noutro aspecto, em relação aos colegas, temos tido a preocupação de fazer o diagnóstico da situação, ... áreas sensíveis à profissão e que são importantes para a instituição.” (AF)

		formação.” (AF)		investigação e formas de pensar.” (AF)	
Entrevista C	– CIIQ2d) “Toda a formação em serviço é planeada com os colegas... as avaliações de desempenho, que são feitas periodicamente, faço-as sempre com a Enfermeira Chefe, e aí, tiramos uma série de informações sobre a formação... Mas, no que respeita à formação, eu falo com os colegas e com a chefe, assim como enquanto ER, também falo com as outras colegas, Enfermeiras de Referência, e isso é tudo interligado, ajustado e discutido a três, a quatro, basicamente, com todos.” (AF)	– CIIQ2d) “Deveria ser organizada formação para os enfermeiros tutores,...” (AF)			
Entrevista D	– DIIIQ2a) “...quase todos os dias nas passagens de turno, com a ajuda da chefe, vamos discutindo sobre dúvidas que surgem dentro do grupo.” (AF)				
Entrevista E	– EIIIQ2b) “Portanto, existe essa preocupação, identificarmos as necessidades e discutir o tipo de formação mais adequada para o serviço e para cada um de nós.” (AF)				
Entrevista F	– FIIIQ2 “A responsável da formação em serviço falava com as colegas, propunha trabalhos ou pedia-nos a nós para propormos temas interessantes para o nosso desenvolvimento profissional, ...” (AF)				
Entrevista G	– GIIQ2 “Normalmente, se recorrem a mim para me perguntarem qualquer coisa, se eu não souber digo: “deixem estar, eu não sei, mas vou pesquisar.	– GIIIQ2 “Vamos vendo o que é que os colegas precisam, as falhas que vão existindo em termos de			

	<p>Ou então, digo: “olha, é uma boa oportunidade, vamos os dois... Porque se eles sentem necessidades, são eles que vão trabalhar, são eles que vão pesquisar, embora com a minha ajuda.” (AF)</p> <p>– GIIIQ2 “Mas, a formação é feita em articulação com a enfermeira chefe. Tenta-se colmatar na altura, mas depois, tentamos fazer uma abordagem geral.” (AF)</p>	<p>formação.” (AF)</p>			
<p>Entrevista</p> <p>H</p>	<p>– HIIIQ2b) “...é muito difícil, se não houver um chefe dinâmico, também integrado nessa mobilidade do serviço.” Mas, se não for o grande grupo envolvido, não vale a pena!” (AF)</p> <p>– HIIIQ3 “[Formação] ...não há grandes incentivos.” (AF)</p>		<p>– HIIIQ2b) “...a equipa mostra quase que um aligeirar das coisas e pouca importância. Tentei motivar, tentei fazer formação, mesmo, sobre motivação para a formação. Porque era um dos grandes problemas que verifiquei. É mesmo estar motivado</p>		

			para; porque se não estivermos ...” (AF)		
Entrevista I	– IIIQ2 “O nosso plano de formação foi delineado no ano passado pelo enfermeiro V, que para além de, na altura, ser o chefe do serviço, teve um papel preponderante no planeamento da formação em serviço. Quando elaborou o plano de formação, pediu a minha colaboração e auscultou a equipa no sentido de identificar as áreas onde devia incidir a formação. Ele ouviu as pessoas e contemplou as o que se foi sugerindo.” (AF)	– IIIQ2 “Como a equipa é muito nova, há uma série de dificuldades identificadas e capacidades que precisam ser desenvolvidas. Para isso, é necessário investir na formação em serviço para colmatar algumas dessas dificuldades da equipa.” (AF)			
Entrevista J	– JIIQ1 “...da formação que tenho feito e do feed-back que vou obtendo a partir deles [supervisandos], acho que tem sido uma formação dirigida para a prática, que eles têm valorizado, e que eu penso que lhes tem proporcionado as competências que não tinham até aqui, ... Eu, penso que os colegas tiveram ganhos, digamos assim, em termos de competências.... Tem sido uma formação que está a ter algum sucesso.” (AF)				– JIIQ1 “Às vezes, eu penso que me penalizo um pouco, porque está uma formação demasiado básica, mas, como tinha que abranger um leque muito diversificado de pessoas, ela teve que ser feita e criada nessa perspectiva.” (AF)
Entrevista L	– LIIIQ2 “A chefe faz as entrevistas periódicas e também se apercebe das dificuldades... Depois vamos fazer formação para colmatar essas lacunas.” (AF)	– LIIIQ2 “Nós falamos com os colegas em relação às necessidades é que eles sentem de formação, que dificuldades têm.” (AF)			
Entrevista M					

Grelha de análise das entrevistas (4)					
Domínio: Suporte pessoal e profissional – SPP					
Categorias	Apoio emocional	Orientação e colaboração nas práticas	Reflexão e decisão sobre as práticas	Autonomização	Conquista de proximidade
Entrevistas					
Entrevista A	<p>- AIIIQ1 “Nunca nos colocamos a um nível superior do orientando.” (SPP)</p> <p>- AIIIQ1 “A nossa forma de funcionarmos é ombro a ombro.” (SPP)</p>	<p>- AIIIQ1 “O nosso papel é mesmo só... e se lhe quisermos chamar como supervisão clínica, o facto de estar cá continuamente, e de nos solicitarem pelo conhecimento.” (SPP)</p> <p>– AIIIQ3 “Tínhamos que ficar também integrados nos cuidados. Isso ajudou também a que os colegas comesçassem a ver que nós podíamos estar para tudo. Podíamos estar para apoio, podíamos estar para prestar cuidados, podíamos estar para essa orientação que fosse pontualmente necessária, porque no fundo o nosso conhecimento advém de</p>		<p>- AVQ1,2,3 “E parte de nós, depois, permitir-lhe autonomia e permitir-lhe o desenvolvimento dessa capacidade de libertação.” (SPP)</p>	<p>- AIIIQ10 “O ombro a ombro resume-se efectivamente assim: os alunos, e eles próprios referem muito isso, sentem uma grande intimidade connosco, porque, mesmo estando nós sempre presentes, somos capazes de os levar a que eles não... que muitas vezes os alunos se queixam de que “fico mais nervoso pela presença...”. Só assim é que eu acho que nos permite um conhecimento muito mais rigoroso do desenvolvimento do aluno.” (SPP)</p>

		estar cá sempre e de as coisas decorrerem.			
Entrevista B					
Entrevista C					
Entrevista D				- EVIQ2 “As pessoas têm abertura completa e total para isso e sentem-se completamente à-vontade para falar das suas dificuldades.” (SPP)	
Entrevista E	- EVIQ2 “...no que diz respeito ao suporte emocional, a chefe tem um papel extremamente importante.” (SPP)		- IIQ1 “Mas não é só o observar, é também o conseguir reflectir sobre elas e ajudar os colegas a reflectir.” (SPP) - EIIQ1b) “...ajudar as pessoas a reflectir aquilo que sabem e o que não sabem.” (SPP)	- EVQ3 “Dar-lhes liberdade e muita responsabilidade naquilo que eles têm que aprender.” (SPP) - EVQ3 “Não se consegue ensinar tudo. A responsabilidade de aprender é muito de cada um. Nós temos é que facilitar e possibilitar ao máximo essa aprendizagem.” (SPP)	- EVIQ2 “Funcionamos quase como que uma família.” (SPP)

				- EVIQ3,4c) “Aqui no serviço, os alunos e os profissionais são postos à vontade, é-lhes dada a oportunidade de fazerem as coisas, de estarem à vontade.” (SPP)	
Entrevista F	<p>- FIIQ1,2a) “E claro, andar sempre atenta a esses novos elementos e verificar onde eles têm mais necessidades, ...” (SPP)</p> <p>- FIIQ3 “Em termos da actuação como ER, tento sempre dar o meu melhor e chegar a um aperfeiçoamento cada vez mais elevado, até para haver um bom nível de satisfação pessoal dos próprios elementos de enfermagem.” (SPP)</p>	- FIIQ1,2a) “Mas, supervisionar naqueles aspectos em que eu acho que as coisas poderão ser melhoradas, onde há mais áreas a intervir, a apostar e a perder mais algum tempo.” (SPP)			
Entrevista G	<p>- GIIQ1a) “...eles sabem que está ali alguém com quem podem contar, para o bem e para o mal.” (SPP)</p> <p>- GIIQ1a) “No fundo somos o outro ombro, com a obrigação de apoiar.” (SPP)</p> <p>- GIIQ1a) [Importância do apoio] Sim, eu acho que é importante, para funcionarmos todos bem. Um dia são eles que precisam desse apoio, outro dia posso ser eu.” (SPP)</p>		<p>- GIIQ1a) “E que quando não sabem o que fazer, a dada altura, que lhe digam uma maneira de...” (SPP)</p> <p>- GIIQ2 “No fundo, quando os eles têm alguma dúvida, é comigo que vêm ter. Se eu não souber no momento, vou tentar saber, de uma maneira ou de outra. E, logo na primeira oportunidade esclareço.” (SPP)</p>		

<p>Entrevista</p> <p>H</p>			<p>- HIVQ1a) "...porque na minha ausência, e porque são enfermeiros têm que decidir. Mas, às vezes havia uma facilitação "está ali a H...!" (SPP)</p>	<p>- HIVQ1a) "Vinham ter comigo, as dúvidas eram sempre colocadas comigo, embora eu tentasse sempre responsabilizar." (SPP)</p>	
<p>Entrevista</p> <p>I</p>	<p>- IIIQ1 "Contam sempre comigo como apoio nestas e noutras áreas e recorrem sempre que precisam e eu faço o meu melhor para os poder ajudar." (SPP)</p> <p>- IIIQ2b) "Eu estou como ER há pouco tempo, já fiz parte da equipa, trabalhei com eles nos turnos, por isso é muito fácil perceber como estão e ajudá-los e eles ajudarem-me a mim." (SPP)</p>	<p>- IIIQ1 "Sempre que têm alguma dúvida, sabem que estou aqui, vêm-me procurar porque têm confiança no que faço." (SPP)</p> <p>- IIIQ1 "Há muita informação que se perde, ao longo de um dia de trabalho e eles recorrem muito a mim para obter essa informação." (SPP)</p>	<p>IIIQ1 - "Quando há qualquer coisa que falha vêm ter comigo para pedir informações sobre a evolução dos doentes, sobre dúvidas que tenham sobre as suas práticas, ..." (SPP)</p>		<p>- IIIQ2b) "Mas, nota-se a diferença entre os colegas que trabalharam comigo antes de ser ER e aqueles que entraram agora que só me conheceram neste papel. A esses colegas, por vezes é difícil chegar e não consigo perceber com tanta facilidade se estão bem emocionalmente e psicologicamente. A relação deles comigo também é diferente da dos outros colegas, não estão tão à vontade." (SPP)</p>
<p>Entrevista J</p>					
<p>Entrevista</p> <p>L</p>	<p>- LIIQ2b) "Tentamos. Isso já nos tem acontecido, ajudar quando as pessoas têm problemas emocionais. temos um caso que eu penso que traz muitos problemas de fora para cá e depois disso transmite-se na prestação de cuidados. Vamos tentar ajudá-lo talvez a nível psicológico, tentar resolver os</p>	<p>- LIIQ2a) "Vou intervindo na actividade dos colegas se for necessário, principalmente nos que estão com dificuldades... se ele precisa de uma ajuda para fazer isto ou aquilo</p>	<p>- IIQ1 "Da parte dos colegas, existem aqueles que se sentem bem, que têm dúvidas e vêm sempre perguntar-me como é que isto deve ser feito ou não, e pronto ..." (SPP)</p>		

	problemas,” (SPP)	eu vou lá e faço também. Eles desempenham uma prestação de cuidados e eu estou junto deles.” (SPP)			
Entrevista M	- “Acho que o aspecto pessoal e emocional é mesmo muito importante. E mais! A amizade na equipa, de maneira a nos entendermos todos. Se bem que ninguém disse que se devia mostrar isso.” (SPP)		– IIQ1 “Não é que a gente tenha a certeza, mas pomos as pessoas ao nosso lado a pensar como é melhor, ... Assim, a pessoa vai aceitando com mais agrado. É mais agradável, sob a forma de encontro...” (SPP) – IIIQ1 “Por acaso estou a integrar uma colega e vou-lhe dizendo o que é correcto, mas, reforço sempre, que quando ela tiver alunos, não se pode esquecer de que tem de dar o exemplo, ainda que não tenha nenhum aluno atribuído. Há-de estar sempre um aluno ao lado dela que está a ver o que ela está a fazer e que estará a aprender com o que ela está a fazer.” (SPP)		– IIQ1 “a integração e a camaradagem permitem que nós possamos chamar à atenção das pessoas, sem entrar em atritos.” (SPP) – IIQ1 “Há pessoas que pensam que a gente tem de criar alguma distância para poder chamar à atenção. Eu penso que não. Em ambiente de camaradagem, chama-se à atenção sem a pessoa levar a mal. Porque, às vezes, parece que se volta a escola! O que eu penso que não é muito agradável!” (SPP)

Grelha de análise das entrevistas (5)

Domínio: Dificuldades inerentes à função – DF

Categorias	Situação emocional dos supervisandos	Reflexão partilhada sobre as práticas	Pouca familiaridade com o conceito de supervisão	Estratégias supervisivas	Aceitação do supervisor	Recursos e disponibilidade	Indefinição de funções
Entrevistas							
Entrevista A	<p>- AVQ1,2,3 “Por vezes, deparamo-nos com alguns problemas de formação, pessoais, emocionais, ou seja do que for, que influenciam na motivação. Às vezes isto faz com que a motivação daquele que nos vem parar ao serviço não é a melhor, o que se torna uma variável extremamente importante para que não se consiga levar uma integração a bom termo só por falta de motivação para trabalhar em determinado serviço, por causa dos problemas emocionais.</p> <p>Em relação aos alunos, conseguir que eles consigam ultrapassar o medo de estar neste</p>			<p>- AVQ1,2,3 “Mas, as estratégias utilizadas para o profissional são simplificadas... pensamos nós que, aquele profissional já não exija a nossa presença, tanto quanto exige um aluno.” (DF)</p> <p>- “O aluno tem ainda lacunas de formação. Aparecem-nos num nível de formação ainda um bocadinho imaturo.” (DF)</p>			

	serviço. Para eles é um terror! Mas que acaba, a partir do momento em que a gente os consegue libertar desse medo, acabam por gostar, regra geral. Só um ou outro é que pode... mas não há nunca assim grandes dificuldades, normalmente conseguimos ajudá-los a ficar melhor.” (DF)					
Entrevista B	– BIIIQ2 “Na supervisão dos profissionais penso que ainda falta um bocado de maturidade profissional.” (DF)	– BIIIQ2 “As pessoas são um bocadinho resistentes e ainda têm muito a ideia de que a sua verdade é universal. Não discutem muito! Por vezes vejo alguns aspectos técnicos onde se perfilam procedimentos menos correctos, que objectivamente são erros, que colocam em risco a segurança do doente e estas coisas não se discutem muito.” (DF)	– BIIIQ2 “No que respeita ao perceber os problemas dos outros, somos mais atentos...! Achamos que os outros precisam de supervisão, mas nós próprios não! Talvez seja por ainda não estarmos familiarizados com o que é a supervisão clínica.” (DF)	– BIIIQ2 “No que respeita aos alunos, é unânime, todos referimos dificuldades nessa área [formação específica].” (DF)		– BVQ3,5 “Nós temo-nos deparado com um número excessivo de alunos. Objectivamente temos sido pressionados para recebermos mais alunos... Nesse aspecto, eles [enfermeiros] têm feito um esforço muito grande.” (DF)

<p>Entrevista</p> <p>C</p>					<p>– CIIQ1b) “Portanto, se o ER ou supervisor, com lhe queiram chamar, se for aceite pelo grupo, estou convencido que as pessoas se sentem muito mais à vontade para recorrer a ele... Se a pessoa for aceite pelos diferentes grupos profissionais, é muito mais fácil.” (DF)</p>	<p>– CIIQ2d) “...porque estamos limitados em termos de recursos. Um as pessoas têm características para serem tutores e estão no complemento, ou estão de férias. Nem sempre é fácil lidar com essas coisas todas, mas acabo por dar sempre a minha opinião sobre isso. Eu acho que o ER ou Enfermeiro supervisor, como quer que se venha a chamar, devia ter uma participação muito, muito mais activa nesse aspecto. No entanto, acaba por ser difícil, porque são muitas coisas, muitas incumbências e acabamos por nos dispersar um bocado.” (DF)</p> <p>- CIIQ2 “Eu gostava de participar mais,</p>	<p>– CIIQ2d) “Era importante definir muito bem as funções do ER e, embora a pessoa pudesse alterar o seu plano, devia ser rigoroso em fazer o que lhe é pedido.” (DF)</p>
--	--	--	--	--	---	--	--

						mas também é muito difícil, dado todas as funções que tenho cá dentro.” (DF)	
Entrevista D				- DVQ1,2,3 “Em termos de escola, há objectivos que nós temos que responder, os objectivos de estágio - “Se for um estágio de quinze dias ou três semanas, nós temos que nos cingir aqueles objectivos.” (DF)			
Entrevista E		- EVQ3 “Os alunos são postos a reflectir. É-lhes explicado e faz-se-lhe perceber porque é que as coisas são feitas de determinada forma e não de outra.” (DF)		- EVQ3 “Aliás, um dos aspectos negativos que os alunos referem, é que o supervisor termina a tarefa por ele. O supervisor substitui muito o aluno a terminar a tarefa e eles apercebem-se disso. Mas, é o nosso impulso. Temos é que evitá-lo... Também não é hábito fazer registos sistemáticos sobre os alunos; preocuparmo-nos em acompanhá-los e observá-los, fazendo registos dos aspectos mais importantes a reflectir com eles ... depois, torna-se até muito difícil fazer a sua avaliação, relembrar tudo para fazer a avaliação somativa.” (DF)			

<p>Entrevista</p> <p>F</p>	<p>- FVQ4 “Na orientação dos profissionais, a grande dificuldade é que, cada um de nós tem a sua personalidade... Há alguns elementos que são muito repentinos, parece que não estão bem com os outros, nem com eles mesmos...” (DF)</p>		<p>- FVQ5 “...tento falar sempre com eles [alunos] antes do turno e um bocadinho no fim do turno para saber como as coisas correram. Talvez isto se aproxime à supervisão clínica.” (DF)</p>	<p>- FVQ4 “Tento tornear, um bocado, certas características dos elementos de enfermagem... Tento arranjar estratégias para chegar até aos colegas.” (DF)</p>		<p>- FVQ5 “A dificuldade maior que eu sinto é não poder estar constantemente com eles. Tenho outras actividades que tenho que desenvolver. Se eu pudesse estar constantemente com eles, principalmente nos estágios que são mais curtos... Queria ter mais tempo para os ensinar, para ver a sua evolução em termos técnicos, de desempenho e em termos pessoais.” (DF)</p>	
<p>Entrevista</p> <p>G</p>	<p>- GVQ1,4,5 “É diferente. O profissional já trás uma personalidade diferente de um aluno.” (DF)</p> <p>- “O aluno acata mais a ideia, o profissional não, porque, muitas vezes acha que terminou ali a aprendizagem, já aprendeu o que tinha que aprender.” (DF)</p>			<p>- GVQ1,4,5 “No que respeita aos profissionais, uma das maiores dificuldades é conseguir arranjar uma forma de os chamar à atenção para determinados pormenores: primeiro, entrar no profissional... e, depois tentar perceber a personalidade para poder intervir.” (DF)</p>			<p>- GVIQ2e) “Às vezes não sabemos bem se algumas coisas fazem parte das nossas funções, ou não; até onde podemos ou não ir.”</p>

							(DF)
Entrevista H	- HVQ4a) “As características próprias do profissional!” (DF)		- HIIIQ2b) “...é muito difícil desenvolver a supervisão se não houver um chefe dinâmico, também integrado nessa dinâmica do serviço. O chefe tem um papel muito importante e, se ele não estimular o grande grupo, se este não for envolvido, não vale a pena!” (DF)				
Entrevista I		- IIIIQ2 “Mas sinto a responsabilidade da supervisão que faço e às vezes com dúvidas se estarei bem neste papel, se é o que esperam de mim. Sendo a equipe muito nova, eu também tenho muitas dúvidas e há muito pouca gente no serviço com mais experiência do que eu, com quem possa falar e, a responsabilidade é			- IIIIQ1,3b) “...um dos grandes problemas com que me confrontei na fase inicial, foi o não ser aceite pelo grupo, o que passado uns tempos foi completamente ultrapassado.” (DF)	- IVQ3a) “É muito mais complicado acompanhar alunos quando temos grupos grandes quando são grupos pequenos, de dois ou três alunos, é muito mais fácil.” (DF)	

		grande. Apelar ao pensamento crítico dos alunos e ajudá-los a desenvolver competências nesta área, é muito difícil e, exige uma grande responsabilidade da nossa parte.” (DF)					
Entrevista J		- JIIQ2 “Poderei ter alguma dificuldade em aceitar que há conhecimentos teóricos para os quais eu estou perfeitamente desactualizada e eles [supervisandos] têm esses conhecimentos. Se calhar isso é uma lacuna e sinto isso também como alguma dificuldade no contacto e na reflexão.” (DF)					
Entrevista L				- LIIQ2a) “...o facto de estar sempre no horário de manhã eu penso que facilita porque eu ouço as passagens de turno, estou na visita médica, consigo saber tudo o que se passa com aquele doente...” (DF) - “...eu estou todos os dias e consigo, pronto, ver o		- “Eu considero que a dificuldade em integrar um novo colega é maior, quando se trabalha num CS em que a organização não é a melhor, em que há má gestão de	

				acompanhamento e acho que é mais fácil para mim.” (DF)		recursos financeiros e humanos, em que há ausência de reuniões e ausência de contactos com a direcção do CS. Penso que nestas condições tenho muita dificuldade em integrar um novo colega, porque eu sou muito crítica.” (DF)	
Entrevista M	– MV4,5 “É nos aspectos humanos e de profissão que, às vezes, necessitam um bocado, mas que têm mais a ver com a personalidade das pessoas.” (DF)	– MIIQ1 “Eu às vezes, quando as integrações são feitas, um bocado mais à pressa, e as pessoas falham, eu fico um bocado com o receio de eu ter falhado.” (DF)				– MV4,5 “Mas isto é um esforço acrescido e, às vezes, desmotiva um bocadinho. “Tomar conta de gente crescida é muito complicado. Tenho a minha filha pequena, gostava de a poder ver crescer bem.” (DF)	

Tabela de análise das entrevistas (6)

Domínio: Condicionantes da filosofia da qualidade e estratégias de certificação na supervisão – CQS

Categorias Entrevista	Definição de procedimentos	Políticas supervisivas	Referências escritas/formalização da supervisão	Criação de auditorias	Segurança e qualidade dos cuidados	Melhoria organizacional	Relação escolas/serviços
<p>Entrevista</p> <p>A</p>	<p>- AIIQ3 "...a acreditação, exigiu uma reorganização de alguns aspectos no serviço, as coisas tiveram que ficar ordenadas, houve aquele complemento escrito e protocolos que tiveram que se organizar, procedimentos que tiveram que ficar formalmente escritos, tiveram que ficar documentados. Nós temos uma capa, toda ela completa, que é o manual de normas e procedimentos. Até a integração de novos profissionais e alunos foi formalizada, com a criação de um</p>	<p>- AIIQ3 ""A mudança acaba por favorecer as pessoas que vêm de novo e os alunos. E, para quem orienta alunos ou mesmo para quem está dentro de uma equipa que pode dizer-se que agora temos algumas linhas de orientação. Mas é preciso melhorar..."</p> <p>(CQS)</p>	<p>-</p>	<p>- AIIQ3 "O programa da qualidade levou à criação das auditorias. As próprias auditorias obrigam a que as coisas funcionem correctamente..."</p> <p>(CQS)</p>	<p>- AIIQ3 "Tudo isto se veio a reflectir, obviamente, numa qualificação de cuidados um bocado melhor. Porque ao obedecer a determinadas normas, é sempre no sentido de parâmetros de qualidade melhorados...Todos os alunos ou enfermeiro fazem o procedimento da mesma maneira contribui para a qualidade de cuidados, quer no aspecto de não</p>	<p>- AIIQ3 "...como houveram mudanças neste ponto, houve numa série de coisas organizacionais, dentro do serviço..."</p> <p>(CQS)</p>	

	<p>manual de integração” (CQS)</p> <p>- AIIQ3 “Portanto, é mais fácil a orientação, havendo um suporte formalmente escrito, ... Aquilo que andava espalhado começou a reunir-se e temos um conjunto de documentos que permitem muito mais essa orientação.” (CQS)</p> <p>- AVIQ1 “O programa de acreditação da qualidade condicionou o processo de orientação quer dos alunos, quer dos profissionais, por algumas exigências mais formais, a existência dos procedimentos.” (CQS)</p>				<p>deixar a mãe tão ansiosa porque um enfermeiro prepara e administra a medicação de uma forma e o outro de outra.” (CQS)</p>		
<p>Entrevista</p> <p>B</p>	<p>- BIIQ3 “os procedimentos e normas estavam a ser cumpridos... Se calhar não tínhamos é isso instituído. Não o tínhamos</p>		<p>- BIIQ3 “o que o King’s Fund veio trazer foi o relembrar que “vocês já fazem isto. Isto chama-se</p>				

	formalmente institucionalizado. Não lhe demos um nome.” (CQS)		assim...” (CQS)				
Entrevista C	- CIIQ3 “A nível dos serviços, o manual de integração e o manual de normas e procedimentos, que não existiam, foram criados, quer para cuidados de enfermagem, quer para aspectos que têm a ver com o Hospital em geral;” (CQS)					- CIIQ3 “Em termos da organização da instituição, houveram aspectos importantes que mudaram e que nós não tínhamos minimamente organizados. Depois que se começou, e acabou por acontecer a acreditação, houve toda uma série de aspectos da organização geral do hospital que foram melhorados e que levaram até a uma maior facilidade no desempenho do nosso trabalho e a	

						uma melhor qualidade dos cuidados. Embora nos cuidados não se note tanto, a nível logístico melhorou bastante.” (CQS)	
Entrevista D	- AIIQ3 “Por outro lado, uniformizou procedimentos, o que facilita a orientação de alunos e profissionais. Em relação aos alunos acaba por facilitar também. O aluno chega e sabe que tem documentos, por exemplo, manuais de apoio para a preparação de terapêutica, que vieram no sentido de satisfazer critérios e uniformizar os procedimentos...” (CQS)	- AIIQ3 “Quero dizer...não vou orientar hoje de uma maneira e amanhã de outra. Não!... Rejo-me perfeitamente pelos princípios que estão documentados, pela filosofia que está documentada e da qual posso dar conta a essa pessoa...” (CQS)			- AIIQ3 “O programa de acreditação contribui para a diminuição dos erros dos profissionais, pois têm meios de suporte e informação, formalmente escritos.” (CQS)		
Entrevista E	- EIIQ3b) “Aquilo de que eu me apercebi do programa de acreditação, teve muito mais a ver com	- EIIQ3b) “Essas medidas facilitaram um pouco o processo de supervisão.” (CQS)			- EIIQ3a) “Houveram coisas que melhoraram, ... São os processos, são os	- EIIQ3a) “Aquilo de que eu me apercebi do programa de	

	o aspecto organizacional, nesse aspecto, melhoraram-se algumas coisas” (CQS)				estupefacientes, a prevenção de riscos e uma outra série de coisas.” (CQS)	acreditação, teve muito mais a ver com o aspecto organizacional, nesse aspecto, melhoraram-se algumas coisas.” (CQS)	
Entrevista F					- FIIQ3 “O facto de termos sido acreditados foi muito bom, mas acho que as pessoas têm que, cada vez mais, ter responsabilidade e tentar fazer o seu trabalho, o mais perfeito possível. Claro que houve coisas que se foram alterando, tornaram-se mais rigorosas, ... muitas vezes facilita-se... Essas coisas têm vindo a melhorar e as pessoas a preocuparem-se cada vez mais. E também porque se está a trabalhar		

					bem e de uma forma organizada.” (CQS)		
Entrevista G		<p>- GIIQ3 “Ultimamente não temos tido alunos, e as directrizes são poucas, são mais ao nível dos colegas.” (CQS)</p> <p>- GIIQ3 “Em relação à orientação dos colegas, penso que melhorou. Porque é assim, começaram-nos a dizer, “você têm que orientar neste sentido, deixá-los trabalhar naquele e implementar novos métodos de trabalho” (CQS)</p>	<p>- GIIQ3 “Há uma maior formalidade nas coisas! Por exemplo, o enfermeiro de referência tem determinadas funções, o associado tem outras.” (CQS)</p>				
Entrevista H	<p>– HIIQ3a) “Chegou-se à responsabilização através da formalização, condicionada pelo programa de acreditação da qualidade. HIIQ3c) “Essa formalização chegou através do departamento de formação!” (CQS)</p>	<p>HIIQ3a) “Antes de haver o programa da qualidade a orientação fazia-se um pouco avulso, ...agora já há mais orientações” (CQS)</p>			<p>– HIIQ3a) “O programa da qualidade trouxe uma maior responsabilização dos profissionais. A nível da formação nós somos responsabilizados.” (CQS)</p>		<p>– HIIQ3b) “Com o programa de acreditação a escola melhorou a comunicação com os serviços através da reunião e comunicação com os profissionais orientadores dos alunos. Agora, ultimamente, penso que a escola se reúne</p>

							<p>com elementos do Centro de Formação e dos próprios serviços, apresenta os objectivos e mesmo os próprios alunos são apresentados, o que é gratificante para quem está a orientar.</p> <p>Também há uma reunião marcada com os monitores da escola e com os orientadores do serviço e é dado o conhecimento sobre o estágio, em si. Isto facilita-nos um pouco mais a orientação dos alunos. Mas, mesmo assim, tem que se melhorar!” (CQS)</p>
Entrevista I			– IIIQ3a) “Uma das normas do King`s Fund				

			<p>refere-nos a supervisão clínica em enfermagem. Penso que está tudo interligado, o processo da acreditação, o início dos enfermeiros de referência, talvez para fomentar mais a supervisão. Quando se começou a falar do enfermeiro de referência, penso que já foi uma aproximação e preparação para o processo de supervisão clínica.” (CQS)</p>				
<p>Entrevista J</p>	<p>– JIIQ3 “Depois, há algumas questões do foro mais prático: o guia de acolhimento dos novos enfermeiros, que tem normas e critérios</p>	<p>– JIIQ3 “As reuniões de preparação dos estágios, promovidas aqui pelo centro de formação, terão a ver com o processo de acreditação.</p>				<p>– JIIQ3 “Condicionou a própria organização do centro de formação.” (CQS)</p>	

	que tiveram que obedecer às directrizes do processo de acreditação; o guia de acolhimento para os alunos estagiários de enfermagem, que também tem lá especificamente normas que obedecem aos mesmos princípios. A própria identificação dos alunos.” (CQS)	Penso que o programa de qualidade também trouxe alguns contributos neste sentido. A própria dinâmica que a acreditação gerou nos serviços, fez com que as pessoas estivessem atentas e alerta para determinados princípios, normas de procedimento. Um aluno que venha fazer estágio para esta instituição, nunca vai para o serviço directamente, sem antes passar pelo centro de formação, no sentido de fazer um acolhimento à instituição, ...” (CQS)					
Entrevista L	– LIIQ3b) “...começaram a sair mais normas que não existiam, ...” (CQS) – LIIQ3b) “E mesmo em termos de registos, que até agora não eram registados...” (CQS)	– LIIQ3c) “Acho que antes, os Enfermeiros de Referência não eram entendidos como supervisores. Supervisionar os colegas ...Mais de os ajudar, orientar e ajudar o doente...” (CQS) - LVIQ1 “O programa da qualidade poderia favorecer, digamos, em termos de formação.	– LIIQ3c) “Eu só comecei a ouvi falar em supervisão clínica quando vieram cá fazer a formação... e depois pensei... que realmente é isto que nós fazemos...	– LIIQ3b) “...e não havia auditorias. Agora, ao haver auditorias há a preocupação de manter tudo em ordem.” (CQS)	– LIIQ3a) ““A nível de prestação directa de cuidados, penso que prestaram mais atenção à qualidade dos cuidados e há uma maior preocupação. Se calhar anteriormente faziam-se as coisas sem não haver		

		Iria permitir-nos ter mais formação nesta área.” (CQS)	Com outro nome, mas no fundo é isso...” (CQS)		tanto aquela preocupação de cumprir normas da excelência...” (CQS)		
Entrevista M					– MIIQ3a) “Mas, de qualquer maneira, acho que melhorou bastante. As pessoas foram forçadas a saber o que era a qualidade e, se agora não o fazem, se calhar, pode ser por desleixo. Agora, que eu noto, quando atendo os doentes, é que as pessoas realmente tentam esforçar-se por fazer melhor.” (CQS)		

Grelha de análise das entrevistas (7)

Domínio: O supervisor – SU

Categorias Entrevistas	Formação na área da supervisão	Características pessoais	Características profissionais	Aceitação pelo grupo	Funções
Entrevista A	- AIIIQ1 “À partida, quem está a trabalhar num serviço deve ter qualificações suficientes. Para orientar alunos precisa de se ter uma série de requisitos muito especiais...tem que se ter requisitos a várias dimensões, não só a preparação científica. Não só a preparação académica...” (SU)	- AIIIQ1 “...tem que se ter características próprias, enfim,... pessoais... A Principal característica que eu acho que um orientador deve ter, é de facto alguém que consiga, em todas as situações e em todas as dimensões, estar ao lado dessa pessoa que está a orientar.” (SU) - AIIIQ1 “Uma orientação cientificamente muito competente, mas que depois não tenha uma característica humana a envolver,...eu acho que estraga tudo! Um dos pontos a ter em conta é essa capacidade de poder ver o aluno, de poder ver os colegas nessa perspectiva humana da orientação, nunca separando isso do aspecto técnico. Mas também, se não for alguém	- AIIIQ1 “Os colegas reconheceram os conhecimentos, a experiência e a quantidade de informação que os enfermeiros especialistas tinham e que podia ajudá-los.” (SU)		- AIVQ3 “Também era preciso ter critérios bem definidos do que é que será essa supervisão e o que é que era exigido nessa supervisão e qual é o nosso papel enquanto supervisores.” (SU)

		que possa estar o mais tempo possível dentro do serviço e a exercer a observação e com capacidade de comunicação e de relação, também não estou a ver muito de como possa sair correctamente essa supervisão.” (SU)			
Entrevista B			- BVIQ2 “Deveria ser uma pessoa com conhecimento profissional a nível de enfermagem, teria que ter experiência profissional e deveria reunir as características fundamentais para poder realizar concomitantemente a supervisão técnica e a emocional.” (SU)		
Entrevista C		- CIIIQ1c) “...tem que ser uma pessoa com características de relacionamento muito especiais. A parte relacional, quer com os colegas, quer com a equipa em geral, inclusivamente a equipa médica, é extremamente importante. Tem que ter um bom relacionamento, ... uma boa capacidade de relacionamento, ... de comunicação, ... interacção com todos, inclusive, com todos os grupos profissionais, dentro da organização.” (SU)	- CIIIQ1c) “Primeiro tem que ter competências. Todas elas. Desde técnicas, teóricas e de relacionamento. Isso é fundamental; segundo: motivação; terceiro: vinculação. É fundamental a pessoa gostar daquilo que faz. Relativamente à experiência profissional, tem que ser, obrigatoriamente, uma pessoa com mais experiência do que os outros todos, ...” (SU) - CVIQ2b) “Acho que o supervisor deve ser uma pessoa com um bom nível de conhecimentos teórico-práticos, a vários níveis e várias áreas de actuação em termos de cuidados.” (SU)	- CIIQ1 “O reconhecimento do seu valor como profissional, a aceitação pelo grupo. Tem que ser, obrigatoriamente uma pessoa aceite pelo grupo.” (SU)	- CIIQ2 “Não existem responsabilidades formalmente escritas relativamente à supervisão. Agora, tenho responsabilidades inerentes àquilo que eu faço. Oriento os alunos em estágio e os colegas do serviço. Os colegas chamam-me para avaliar, para ver, para discutir... Neste aspecto tenho essa responsabilidade. Acabamos por fazer uma supervisão, embora não seja nada estruturada, bem delineada, mas

					acabamos por a fazer.” (SU) - CIIIQ3 “A função de supervisão está incluída nas funções do enfermeiro especialista, portanto, o ER não seria preciso para nada.” (SU)
Entrevista D			- EIIIQ1b) “...eu acho que é importante a experiência. Se alguém experiente consegue ajudar outro alguém não tão experiente em qualquer domínio; no saber estar, saber ser, saber fazer, a crescer e desenvolver-se mais rapidamente, que consiga identificar as dificuldades, as zonas do saber e não saber, que oriente em termos de necessidades de formação em serviço, que apoie emocionalmente quando é preciso, esta pessoa” (SU)		
Entrevista E		- EIIIQ10 “ O aspecto humano é extremamente importante.” (SU)	- EIIIQ1b) “...uma experiência que seja reconhecida pelos outros como uma experiência boa, uma experiência de boas práticas, de bons conhecimentos. Não é só porque se trabalha à 15 ou 20 anos que se é experiente. Pode-se trabalhar há 20 anos, com más práticas. Nesse sentido, considero importante uma experiência positiva, com conhecimentos, ser uma verdadeira referência nesse sentido.” (SU)		
Entrevista F	- FVIQ2c) “...deveriam ter formação específica para o fazerem, principalmente na área da supervisão.” (SU)	- FVIQ2c) “Desde a experiência, aos conhecimentos e características pessoais, humanas...” (SU)	- FVIQ2b) “Tem que ser um enfermeiro já com alguma experiência profissional, ... tem que ter perfil para integrar outro enfermeiro, ... tem que ter uma postura correcta quer junto dos colegas quer junto		

			<p>dos doentes; tem que transmitir confiança aos colegas e vá de encontro às necessidades deles; que seja uma pessoa madura e com sentido de responsabilidade. Acho que são essas as características fundamentais num enfermeiro que vai orientar um colega.” (SU)</p> <p>- FVIQ2c) “Desde a experiência, aos conhecimentos e características pessoais, humanas...” (SU)</p>		
<p>Entrevista</p> <p>G</p>	<p>- GVIQ2d) “Eu acho que era importante ter formação específica! Também me parece importante que façam formação, pois também nós, ER, precisamos de apoio.” (SU)</p>				<p>- GVIQ2e) “Às vezes não sabemos bem se algumas coisas fazem parte das nossas funções, ou não, até onde podemos ou não ir. Se calhar nós, não digo todos os meses, mas de x em x tempo, devíamos reunirmo-nos todos, e pensarmos bem o que é o enfermeiro de referência e o supervisor... começarmos a dizer “o enfermeiro de referência é isto, deve fazer aquilo e tem que ser assim em todos os serviços!”. Isto, moldando a supervisão a cada pessoa, pois cada uma tem uma maneira de trabalhar diferente.” (SU)</p>

<p>Entrevista</p> <p>H</p>	<p>- HIIIQ1a) “Formação para orientar alunos, eu não tive, mas sou a favor de que se deve ter.” (SU)</p> <p>- HVIQ2b) [supervisor] “...deveria ser uma pessoa que estivesse ligada ao ensino e à prática.” (SU)</p> <p>- HVIQ2c) Sim, o supervisor devia ter conhecimentos de pedagogia.” (SU)</p>	<p>- HVIQ2c) “Tem que ter bom senso! Nem qualquer pessoa pode ser! Se não tiver bom senso, simpatia,... todas essas características, acho que são muito, muito importantes! Uma pessoa sociável,... Ser uma pessoa que respeita o outro, ...tem empatia...sabe estar na postura do outro, ...uma pessoa com bom senso, saber ouvir, ... Essa pessoa devia, sem dúvida, ser disponível para apoiar o suficiente, quando o profissional tem dúvidas em termos técnicos, conhecimentos, quer mesmo problemas emocionais.” (SU)</p>	<p>- HIIIQ1 “É assim: tem que ser responsável! Todos têm que ser responsáveis. Mas este tem que ser responsável, obrigatoriamente, e, ser avaliado como tal, em todas as situações, a nível do desempenho.” (SU)</p> <p>- HIIIQ1e) “Ter um bom poder de argumentação, uma pessoa que mostre conhecimento, sem dúvida nenhuma!” (SU)</p> <p>- HIIIQ2a) “Teria que ser um enfermeiro com capacidades para avaliar.” (SU)</p>		<p>- HVIQ2a) “Deveria haver uma pessoa neutra que fizesse auditorias...” (SU)</p> <p>- HVIQ2b) “...e fazer, anualmente uma entrevista com o profissional;” (SU)</p>
<p>Entrevista</p> <p>I</p>			<p>- IIIQ3b) [supervisor] “Mas isto é só a minha opinião! Esta era uma pessoa com um pouco mais de experiência, que pudesse ajudar no desenvolvimento de competências. Que tivesse desenvolvido a intuição a que se refere a Patrícia Benner. Na minha opinião, além da experiência, há características que são muito importantes, tais como: ter capacidade de liderança, ter facilidade na comunicação, ...” (SU)</p>	<p>- IIIQ1,3b) “...ser aceite pelo grupo,...” (SU)</p>	
<p>Entrevista</p> <p>J</p>	<p>- JIIQ1 “E é fundamental que tenha uma componente de formação nessa área. Já há pós graduações nessa área que podem atribuir</p>	<p>- JIIQ1 “Eu acho que tem que estar motivado para o tipo de trabalho que vai fazer e gostar daquilo que está a fazer. Penso que tem</p>	<p>- JIIQ1 “Penso que é preciso compreender quais são as necessidades da instituição e estar disponível a trabalhar para ela. É também preciso ter objectivos naquilo que se está a fazer.” (SU)</p>	<p>- JIIQ1 “...como ele se relaciona com os colegas, se é</p>	

	bastantes competências.” (SU)	que ter uma certa disponibilidade, cortesia, bom censo e capacidade de relações humanas.” (SU) - JIIQ1 “Eu acho que as coisas poderão ser ditas de maneiras muito diversificadas. Penso que aí, o tacto, o bom senso e a personalidade de cada um é fundamental para poder transmitir esses conhecimentos e fazer essa tal supervisão. Eu acho que quem faz a supervisão deve ter capacidades para ajudar, porque eu acho que em termos de competências práticas e teoria, estas vão-se adquirindo no dia a dia.” (SU)	- JIIQ1 “Eu acho que o supervisor não poderá ser uma pessoa muito jovem, tem que ser uma pessoa com alguma experiência. O tempo que vamos tendo de carreira, vai-nos fazendo <i>experts</i> , como diz a Patrícia Benner. Uma pessoa com menos de 5, 8, 10 anos não terá perfil para ser supervisor. Acho que a própria personalidade desse enfermeiro, a sua maneira de estar, a maneira de ver as coisas, ...” (SU)	bem aceite por eles, ...” (SU)	
Entrevista L		- LVIQ2a) “Em relação às características do supervisor, acho que deveria ser uma pessoa simpática, que estivesse do nosso lado, que não fosse aquele tipo de pessoa que impõe. Um supervisor deveria ajudar a crescer e não estar a castigar.” (SU)		- LVIQ2b) “...não sei, mas talvez os colegas porque ao escolhê-lo iam aceitá-lo.” (SU)	
Entrevista M					

Grelha de análise das entrevistas (8)		
Domínio: Estratégias de designação do supervisor – DS		
Categorias	Quem designa	Critérios de escolha
Entrevistas		
Entrevista A	- AIIIQ1 “Como a instituição vai escolher? E como os próprios serviços escolhem? Normalmente fica à responsabilidade do enfermeiro chefe.” (DS)	- AIIIQ1 “O critério que até agora tem sido usado, tem sido a pessoa que, enfim, ... tenha uma formação em termos académicos superior, uma antiguidade também superior, o facto de estar sempre no serviço também, ao permitir a continuidade da orientação. A experiência profissional e a formação académica contam muito e características pessoais também. Foi também quase que exigido ser um critério, em termos de tomar essa responsabilidade, que fosse um enfermeiro especialista, por uma questão de interesse pessoal de estar de horário fixo. Foi mais uma responsabilidade que o enfermeiro especialista tinha e não um estatuto. E também porque o enfermeiro especialista é visto, um pouco, como não detentor de mais conhecimentos em termos de se diferenciar, mas, diferencia-se, automaticamente, porque a experiência já a tem e já teve outra formação.” (DS) - AIIIQ1 A verdade é que as estratégias que utilizaram foram boas, porque, nunca ninguém, em termos de poder ou de estatuto, achou que era superior pelo facto de ter essa responsabilidade.” (DS)
Entrevista B	- BIIIQ1 “Como o colega que estava à frente do CF tinha sido escolhido porque tinha um certo prestígio no hospital, também porque tinha uma relação de confiança com a administração e tinha sido a 1ª vez que o hospital tinha a coordenar a equipa multidisciplinar um enfermeiro.” (DS)	- BIIIQ1 “Noutro aspecto, era uma mais valia, porque era uma questão prestigiante, o facto de eu ter o grau de mestre. Dava alguma supremacia, pelo menos académica, em termos do grupo que estava para liderar.” (DS) - BIIIQ1 “Acho que tenho um bom relacionamento dentro do hospital, já que estou cá há bastantes anos; apesar de ter estado um ano fora, já estou cá desde a abertura do hospital. Por outras questões, tenho bastante contacto com quase toda a gente dentro do hospital, ...” (DS)
Entrevista C	- CVIQ2b) “Cada pessoa ou grupo de enfermeiros é que deveria escolher o supervisor clínico, ...” (DS)	- CIIIQ1a) “O enfermeiro de referência teria que ser um enfermeiro que fazia só manhãs. Portanto, eu fiquei porque já estava de horário fixo, estava a exercer funções de chefia, foi esse o critério... embora todas sejam graduadas! Talvez seja esse o único critério... não houve nenhum outro critério bem delimitado e bem definido. Eu acho que isso é mau!” (DS)

Entrevista D		- DIIIQ1 “Acho que tenho um bom relacionamento dentro do hospital, já que estou cá há bastantes anos; apesar de ter estado um ano fora, já estou cá desde a abertura do hospital. Por outras questões, tenho bastante contacto com quase toda a gente dentro do hospital, ...” (DS)
Entrevista E	- EIIIQ1a) “Eu acho que sou enfermeiro de referência por natureza, ...emergi de uma forma natural.	- EIIIQ1a) “Sou a pessoa mais antiga do serviço, estou cá desde que o serviço abriu, ... com mais experiência... fui aceite por todos como sendo de referência... Mas uma experiência que seja reconhecida pelos outros como uma experiência boa, uma experiência de boas práticas, de bons conhecimentos. Não é só porque se trabalha há quinze ou vinte anos que se é experiente. Pode-se trabalhar há vinte anos, com más práticas. É nesse sentido, considero importante uma experiência positiva, com conhecimentos, ser uma verdadeira referência nesse sentido.” (DS)
Entrevista F	- FIIIQ1a) “Na altura em que ela [chefe] me convidou para ER, ...” (DS)	- FIIIQ1a) “Na altura em que ela me convidou para ER, o que ela me disse é que eu era um elemento extremamente organizado, que dava tranquilidade à equipa, que a conseguia manter unida e fazer um bom trabalho junto dela, que era uma pessoa calma e também pelos anos de profissão e experiência anterior que tenho. Não pela experiência em obstetrícia, porque apenas vai fazer 3 anos que cá estou, mas pelo meu curriculum como enfermeira, achou que seria bom eu assumir esse papel. E também pela minha avaliação. Como é óbvio. Foram essas as condições básicas. Eu era um elemento extremamente estabilizador para a equipa. Em momentos de crise ou conflito, conseguia manter as coisas calmas e resolver as situações sem grandes alaridos.” (DS) - FIIIQ1c) “Tem também a ver com a relação que tenho com ela [Chefe].” (DS)
Entrevista G		- GIIIQ1 “Na altura, um dos critérios era o horário fixo. ... Mais tempo de serviço; ... horário fixo, de manhãs.” (DS)
Entrevista H	- HIIIQ1 “Quer dizer, eu fui escolhida mas não me deu hipótese de,... simplesmente, eu ficava, porque me escolhia sempre a mim, porque o ficava a substituir na ausência dele. O Enfermeiro X foi o meu chefe durante muito tempo e era ele que delegava, por isso, penso que tenha sido ele a escolher-me.” (DS) - HVIIQ1,2b) “O supervisor devia emergir da equipa!” (DS)	HIIIQ1a) “Formalmente, nunca me foi dito [critérios de selecção], mas penso que foi pela experiência, pelo tempo de serviço... Também acho que isto, de certo modo, é uma conquista e, não tenho a menor dúvida que há elementos que não têm características para orientar alunos nem colegas. Muito menos formação!” (DS)
Entrevista I	- IIIQ1,3a) “Portanto, eu acho que, quer a administração, quer as enfermeiras supervisoras e mesmo os chefes, entram neste processo de	- IIIQ1,3a) “Por parte da administração, penso que o principal critério começou por ser a antiguidade. Penso que ao considerarem a antiguidade, isso terá por detrás o factor conhecimento, experiência e intuição para que nos remete a Patrícia Benner.

	escolha, ...” (DS)	É muito difícil conhecer bem as pessoas, o que são e as suas capacidades. Portanto, eu acho que, quer a administração, quer as enfermeiras supervisoras e mesmo os chefes, neste processo de escolha, tiveram em consideração o critério experiência, no intuito de que um enfermeiro experiente reunisse todos estes factores que normalmente lhe estão associados.” (DS)
Entrevista J	- JIIIQ1 “Foi-me feito o convite pela enfermeira directora, certamente terá visto em mim o perfil de pessoa indicada para vir para aqui. Penso eu!... A decisão veio de cima, da direcção de enfermagem.” (DS)	- JIIIQ1 “E, certamente, como eu já era enfermeira formadora no CS onde estava, já fazia acolhimento de novos enfermeiros e de alunos de enfermagem, era orientadora de estágio e como tinha a especialidade, penso que reunia algumas das características fundamentais para trabalhar aqui no centro de formação.” (DS)
Entrevista L		- LIIIQ1a) “A instituição realmente apresenta uma lista de características que uma Enfermeira de Referência deve ter... Por um lado eles tentam que seja a pessoa com mais experiência, a mais antiga no serviço, a mais graduada. Mas, neste momento, as pessoas não querem fazer este serviço. Falta-nos, se calhar, ter um especialista que queira ficar mesmo. Que não seja a que tem mais anos de serviço. Como tinha horário fixo, já acompanhava muitos colegas, por estar cá sempre.” (DS)
Entrevista M		- MIIIQ1 “Acho que foi o meu relacionamento com a equipa e ser boa gestora de conflitos. Normalmente consigo apaziguar as coisas quando as coisas... E tenho um bom relacionamento com a equipa em geral, tanto auxiliares, como médicos... e, não me enervo muito. Deve ser por isso. Não sou muito stressada. Quer dizer, eu até sou, tenho o meu stress, só que não o demonstro... Também teve alguma coisa a ver com os meus conhecimentos, a minha experiência. Sem dúvida, não é!? Eu também trabalho já há doze anos, e não há aqui muita gente com doze anos de experiência.” (DS)

Grelha de análise das entrevistas (9)			
Domínio: Relação funcional com a chefia do serviço – RC			
Categorias	Qualidade da relação	Grau de proximidade	Articulação
Entrevistas			
Entrevista A	– IIIQ2 “Em termos de relação com a enfermeira chefe, sim, tenho uma boa relação.” (RC)		– IIIQ2 “Drena toda a informação, até porque, quase obrigatoriamente tem que haver esta passagem de informação muito próxima, pois quando a enfermeira chefe se ausenta, são normalmente os enfermeiros especialistas que ficam na substituição da responsabilidade da gestão e do serviço, ...” (RC)
Entrevista B			
Entrevista C		– CIIIQ2 “Eu e a Enfermeira Chefe temos ideias muito próximas em termos de filosofia de cuidados e de prioridades e, acho que conseguimos organizar bem as coisas e isso contribui para que o meu trabalho se torne mais fácil. Inclusivamente as avaliações de desempenho, que são feitas periodicamente, que faço-as sempre com a ela, e aí, tiramos uma série de informações sobre a formação o resultado da formação que está a ser levada a cabo no serviço e o que temos que melhorar. Temos uma relação profissional muito próxima e discutimos tudo sobre o serviço.” (RC)	– CIIIQ2 “Inclusivamente as avaliações de desempenho, que são feitas periodicamente, que faço-as sempre com a ela, e aí, tiramos uma série de informações sobre a formação o resultado da formação que está a ser levada a cabo no serviço e o que temos que melhorar. Temos uma relação profissional muito próxima e discutimos tudo sobre o serviço.” (RC)
Entrevista D			
Entrevista E	– EVIQ2 “Ela [chefe] é uma pessoa excepcional.” (RC)		– EIIIQ2 “... com a ajuda da chefe, muitas vezes vamos discutindo sobre dúvidas que surgem dentro

			do grupo.” (RC)
Entrevista F	- FIIIQ1c) “Dou-me extremamente bem com ela e acho que é uma boa chefe. Converso bastante com ela acerca do meu trabalho e das minhas coisas e ela avaliou a minha personalidade ao longo destes três anos, também por isso. O darmo-nos tão bem facilita imenso o nosso trabalho dentro do serviço.” (RC)	- FIIIQ1c) “ Converso bastante com ela acerca do meu trabalho e das minhas coisas e ela avaliou a minha personalidade ao longo destes 3 anos, também por isso. O darmo-nos tão bem facilita imenso o nosso trabalho dentro do serviço.” (RC)	
Entrevista G			- GIIIQ2 “Mas, a formação é feita em articulação com a enfermeira chefe.” (RC)
Entrevista H	- HIIIQ2a) “É assim, a hierarquia, eu sou sempre a favor de a respeitar, ... Agora, nunca ultrapassando isso, até porque causa um desconforto grande na equipa. Portanto, eu acho que sim, que se deve manter as hierarquias.” (RC)		
Entrevista I			- IIIIQ2 “Relativamente à relação funcional, na altura, o enfermeiro chefe, quando elaborou o plano de formação, pediu a minha colaboração e auscultou a equipa no sentido de identificar as áreas onde devia incidir a formação.” (RC)
Entrevista J	- JIIIQ2 “Com a enfermeira directora e direcção de enfermagem há uma relação de dependência directa. A relação funcional entre nós é ótima, quer em termos de contacto, quer em termos de disponibilidade para ser ouvida.” (RC)	- JIIIQ2 “Também tenho uma relação próxima com a chefia de enfermagem.” (RC)	- JIIIQ2 Também têm havido reuniões com os formadores em serviço e de todas as pessoas que fazem formação para os CS. Essas reuniões são de preparação, de planificação das actividades de formação e de avaliação.” (RC)
Entrevista L			- LIIIQ2 “Nós falamos com os colegas em relação às necessidades é que eles sentem de formação, que dificuldades têm. A chefe faz as entrevistas periódicas e também se apercebe das dificuldades.” (RC)
Entrevista M			

Grelha de análise das entrevistas (10)

Domínio: Relação com os colegas de trabalho – RCW

Categorias	Tipo de relação	Reconhecimento
Entrevistas		
Entrevista A	- AVIQ2 “As pessoas acabam por ser próximas. Acaba por haver um conhecimento e envolvimento das pessoas, mas porque há também uma amizade, que leva, a que se surge algum problema, a pessoa nunca se sente rejeitada, sente-se ajudada e nunca sai do serviço sem que, por parte dos colegas...” (RCW)	- AIIIQ3 “Não há qualquer tipo de rejeição! Pelo menos aparentemente. Também porque o enfermeiro especialista é visto um pouco como não detentor de mais conhecimentos em termos de se diferenciar, diferencia-se, automaticamente, porque a experiência já a tem, já teve outra formação.” (RCW)
Entrevista B		- BIIIQ3 “Sim! Penso que sim! Quando fui nomeada para fazer parte do centro de formação, senti, por parte dos colegas da instituição, algumas atitudes menos positivas. Nós temos preferências pelas pessoas, fundamentalmente quando as pessoas não nos conhecem às vezes há uns pré-conceitos. Em relação a alguns colegas senti isso. Senti mais em relação a uma parte dos profissionais médicos, não todos, mas uma parte. Mas, as pessoas acabam por se impor pelo trabalho.” (RCW)
Entrevista C	- CIIIQ3 “Depende das fases. Se o serviço estiver muito complicado em relação ao trabalho e formos perguntar aos enfermeiros, eles acham que os ER deviam apoiar mais em termos de cuidados, fazer mais isto ou aquilo. Mas, de uma forma geral, as pessoas aceitam-me bem e aceitam as indicações que eu dou.” (RCW)	- CVQ4 “Mas, de uma forma geral, as pessoas aceitam-me bem e aceitam as indicações que eu dou.” (RCW)
Entrevista D		
Entrevista E	EVQ4 – “A relação que existe dentro do serviço é muito boa, e é muito fácil chegar, comunicar com os colegas.” (RCW)	EIIIQ3 “Eles [colegas] têm atitudes muito positivas. Na globalidade fui bem aceite por eles e isso facilita muito a nossa relação de trabalho.” (RCW)
Entrevista	- FIIIQ2 “Tenho uma ótima relação com eles [colegas].” (RCW)	- FIIIQ3 “Eu penso que aceitaram bem. Nunca senti nenhuma resistência, pelo

F		menos que me apercebesse.” (RCW)
Entrevista G	- GIIIQ3 “...eu não tive problemas, como ainda não tenho, com os colegas.” (RCW)	- GIIIQ3 “Relativamente ao ER, a nível geral, havia uma resistência muito grande. Eu penso que por parte de toda a instituição, não havia bem definido o que era o ER. Eu entendo que eles também não entendiam bem o que era, e a função do enf de ref. Enquanto não vieram aquelas directivas que o ER era isto e que tinha que fazer isto e aquilo, eles ficaram com dúvidas, “afinal, qual é a função dele, o que é que ele está aqui a fazer?”. Acho que era essencialmente esse o problema.” (RCW)
Entrevista H		- HIIIQ3 “Eu era uma pessoa respeitada no serviço, devido às características próprias que eu apresento, não era um elemento mal visto no serviço e, a nível de aceitação, logo de imediato, acho que sim, fui bem aceite como ER!” (RCW)
Entrevista I		- JIIIQ3 “Penso que não deveria ser só esse o critério, mas, acabou por funcionar por parte da equipa, que no meu caso, aceitou bem que fosse a ER.” (RCW)
Entrevista J		- GIIIQ3 “Não houve qualquer tipo de problema, toda a gente me felicitou, reconheceram as minhas qualidades para desempenhar este papel e acharam que ia para um sítio que se coadunavam com o meu perfil e, de um modo geral, toda a gente manifestou satisfação.” (RCW)
Entrevista L		- LIIIQ3 “Ao início, embora nunca o manifestassem, eles não aceitaram muito bem, ... acharam que era alguém que andar a tomar conta deles, a vigiá-los que lhes chamava a atenção e isso criou-me algumas dificuldades na orientação... Depois começaram a aceitar bem e as coisas começaram a correr melhor. As pessoas têm medo e não gostam de ser vigiadas.” (RCW)
Entrevista M	- IIIQ1 – “E tenho um bom relacionamento com a equipa em geral, tanto auxiliares, como médicos. E, quando há problemas, normalmente, não é preciso fazer muito alarido, porque as coisas resolvem-se.” (RCW)	

Grelha de análise das entrevistas (11)

Domínio: projecção das actividades para o exterior – PAE

Categorias	A nível do resultado dos cuidados	Através da formação	Projectação da instituição	Ganhos em saúde
Entrevista				
Entrevista A	- AIVQ1 “O reflexo da supervisão manifesta-se, fundamentalmente a nível da qualidade dos cuidados que se vão prestar e isso passa para o exterior. Os utentes sabem reconhecer isso.” (PAE)	- AIVQ1 “O que se faz aqui, e que pode ter reflexos exteriores, quanto mais que não seja, o formarmos alunos bem, para que possam representar bem, aquilo que aprenderam, noutros lados. Se nós formarmos bem os alunos, já não digo tanto os colegas, e mesmo assim, chamar às vezes à atenção para pormenores que têm reflexo noutros lados onde trabalham, mas sobretudo de aluno. Se as orientações não forem boas, não há, também, o reflexo de uma boa formação no final. O aluno é um pouco aquilo que ele é como pessoa, mas aquilo que ele tiver, também, como reflexo do mestre, se assim o podemos chamar.” (PAE)		
Entrevista B		- BIVQ1,2 “Mas, temos tido alguma mais valia nas formações transversais, aquelas que a que o CF se tem dedicado. A não ser nesta área da SC, que é inovadora e tanto quanto sabemos não havia ninguém que tivesse investido nesta área.” (PAE)	- BIVQ1,2 “Abrir um pouco mais as portas do CF à própria comunidade multiprofissional que serve. Projectação para o exterior, eventualmente em relação aos centros de saúde. Apoiamos também alguns eventos tipo congressos.” (PAE)	
Entrevista C		- CIVQ1 “Em relação aos alunos, nota-se que há uma projectação daquilo que fazemos cá, porque, quando os alunos vão estagiar para outros serviços, acabam por implementar coisas que viram aqui, incentivam os	- CIVQ1 “O que de uma forma geral eu tento fazer, é inculcar aos colegas que eles façam trabalho cá dentro, mas	

		enfermeiros de outros serviços para implementarem coisas que nós temos feito...” (PAE)	também, para fora, participar em jornadas, congressos, etc. Estimulo sempre as pessoas a fazê-lo. Neste aspecto, a projecção do trabalho que desenvolvo em termos de supervisão, acaba por ter impacto para o exterior, quanto mais não seja, pelo incentivo à participação nestas actividades.” (PAE)	
Entrevista D				
Entrevista E	- EIVQ1 “O impacto existe na realidade, mas junto de pessoas que trabalham directamente com o serviço. Desde que se criou o enfermeiro de referência e o enfermeiro de família nos centros de saúde, existe a preocupação de programar, logo que possível, os cuidados a prestar, para assegurar a sua continuidade. É isso que nos projecta” (PAE)	- EIVQ1 “Relativamente aos alunos, é muito complicado. Eles podem levar o cunho pessoal do orientador ou supervisor, mas depois não há feedback do impacto que isso tem na sua formação. A não ser que a vontade manifestada de vir para cá trabalhar seja o reflexo disso, ...” (PAE)		
Entrevista F		- FIVQ1 “Nesse aspecto, o que as monitoras da escola nos transmitem é que os alunos de uma forma geral beneficiam muito com o seu estágio. Que, gostaram muito da forma como foram integrados, como foram orientados, como foram supervisionados e da relação que eu estabelecida com eles. - FIVQ1 “Fui convidada pela Escola AG para ser auxiliar. Portanto, penso que isso também deve querer dizer alguma coisa.” (PAE)	- FIVQ1 “Relativamente às jornadas que vamos organizar, ... penso que de certo modo pode ser uma forma de o trabalho que desenvolvo ter impacto para o exterior. ” (PAE)	
Entrevista G	- GIVQ1 “A nível do centro de saúde, para assegurar a continuidade de cuidados, os colegas recebem			

	<p>muito de nós.” (PAE)</p> <p>- GIVQ1 “...lá fora, o serviço está muito projectado, quer para o CS, quer para a comunidade, através dos doentes, pois nós tentamos assegurar a continuidade de cuidados (...). É mais com isto que as actividades que desenvolvo e o próprio serviço têm impacto para o exterior” (PAE)</p>			
Entrevista H	<p>- HIIQ2 “Têm! A nível de comunicação com o centro de saúde, era eu, como enfermeiro de referência que estabelecia o contacto prévio com o CS, alguma coisa que tivessem ainda a dar continuidade, para não haver quebra. Havia um intercâmbio muito bom com o CS. Fora da ULS era um pouco mais difícil, ...” (PAE)</p>	<p>- HIIQ2 “...melhorando os conhecimentos dos profissionais do serviço, tenho a certeza que é uma ajuda para o exterior, porque comunicam a pedir apoio, em diversos tipos de atitudes terapêuticas. E, portanto, os enfermeiros sentem-se mais formados para responder a essas dúvidas que surgem de outros serviços do hospital e do CS também” (PAE)</p>		
Entrevista I	<p>- IIVQ1 “Pelo menos por enquanto, fica-se mais pelo serviço e para os doentes. A interligação e continuidade de cuidados do doente entre o serviço e os centros de saúde, acho que são uma forma de impacto do trabalho que desenvolvo. Assim, posso dizer que o impacto que a minha actividade tem para o exterior pode verificar-se, ainda que indirectamente, através da qualidade e continuidade dos cuidados que eles prestam.” (PAE) EI</p>	<p>- IIVQ1 “Neste aspecto, a melhor qualidade e a continuidade dos cuidados são reflexo da orientação ou supervisão que dispenso aos colegas e aos próprios alunos.” (PAE)</p>		
Entrevista J				<p>- JIVQ1 “Eu penso que, na actualidade isso ainda não é fácil, mas num</p>

				futuro próximo, com a avaliação da supervisão e com a quantificação dos ganhos em saúde, a instituição será projectada para o exterior.” (PAE)
Entrevista L	- LIVQ1 “Não sei... eu penso que ao nível dos centros de saúde, que sim, porque nós contactamos com eles e eles apercebem-se do nosso trabalho, e entre outros serviços só mesmo quando o doente é transferido, ...” (PAE)			
Entrevista M				

Grelha de análise das entrevistas (12)

Domínio: Tipos de articulação com pares – TA

Categorias	Tipo de articulação	Problematização da supervisão
Entrevistas		
Entrevista A	- AIVQ2 “Não. A não ser ocasionalmente.” (TA)	
Entrevista B	- BIVQ1,2 “Nós temos tentado envolver mais as pessoas no CF, através de uma bolsa de formadores e de um questionário que foi distribuído, para fazer as pessoas perceberem que era um recurso que a instituição tinha e que eles próprios podiam utilizar.” (TA)	
Entrevista C	- CIVQ2 “Não. Dentro do serviço nós falamos e vamos discutindo sobre estas temáticas todas. Mas, quer dentro, quer fora da instituição, não temos qualquer tipo de contacto.” (TA)	
Entrevista D		
Entrevista E	EIVQ1 “O que acontece com alguma frequência, são conversas informais sobre o que se faz em cada serviço. No caso de termos alunos da mesma escola, do mesmo ano, conversamos, mas também pontualmente. EIVQ2a) “De forma organizada, não existe.” (TA)	
Entrevista F	- FIVQ2 “Não tenho articulação.” (TA)	- FIVQ2 “A única relação que temos com ER de outros serviços é numa reunião que fazemos, para avaliação da Escola que teve cá os alunos. Da forma como fizeram o acompanhamento dos alunos e as dificuldades que sentimos. Nesse momento sim, há reunião com os ER. Mas, é só nesse momento. Fora isso, não temos qualquer tipo de contacto.” (TA)
Entrevista G	- GIVQ2 “Não! Aqui no hospital isso não funciona assim. Eu acho que isso falha. Reúno com o chefe de serviço, quando temos coisas que não estão em condições ou quando combinamos reunir para discutir algumas coisas. Com os outros ER, às vezes temos conversas informais, troca de experiências. Embora o que se passa aqui, não se passe ali, mas, por vezes, ajuda-nos a colmatar falhas que poderão surgir e assim,	

	eventualmente, fazer com que elas não surjam.” (TA)	
Entrevista H	- HIVQ2 “Não! Formalmente não houve nada marcado.” (TA)	- HIVQ2 “Mas eu, como ER do serviço, quando me dirigia, por algum motivo, ou para comunicar alguma coisa acerca de um doente que foi transferido, ou alguma dúvida que me surgia, notava que eles também me procuravam a mim.” (TA)
Entrevista I		- IIVQ2 “como temos muitas dúvidas em relação à orientação dos alunos e pouco apoio por parte dos orientadores da escola, tivemos que nos reunir com ER de outros serviços, onde estão alunos da mesma escola, para ver como estavam a organizar as coisas e discutir se a orientação está a ser feita da mesma forma, de modo a podermos trocar impressões e inter ajudar-nos. Mas isto foi feito de um modo pouco formal, foi um contacto mais informal.” (TA)
Entrevista J		
Entrevista L	- LIVQ2 “Não, não existe articulação.” (TA)	
Entrevista M		- MIVQ2 “Eu não tive e não sei, também, se calhar, por causa do problema do serviço, agora, porque como não temos pessoal, nós temos que fazer os turnos. Essas reuniões que têm havido, a chefe tem que ir e nós não podemos sair do serviço, porque temos dois atributos. Eu sei que têm havido algumas reuniões sobre a SC, mas não sei se são propriamente dos alunos. Nunca houve oportunidades de discutir com colegas de outros serviços, como é que estão a fazer orientação, a título pessoal.” (TA)

Grelha de análise das entrevistas (13)

Domínio: Integração noutras estruturas organizacionais – IO

Categorias Entrevistas	Tipo de integração	Actividades de formação
Entrevista A	- AIVQ3 “O haver algo devidamente estruturado, não. As coisas ainda que ocorram, podem ocorrer pontualmente, não há nada previamente definido, ou estabelecida.” (IO)	- AIVQ3 “Houve de facto a troca de impressões. Chegou-se a um ponto em que a grande questão era trabalhar quem devia fazer a supervisão clínica. Foi essa a grande questão que foi colocada no trabalho a desenvolver naquele trabalhinho de grupo.” (IO)
Entrevista B	- BIVQ3a) “Nós temos tido alguns contactos, não estamos completamente desenraizados. Mas, devia melhorar. Não vai melhorar agora dadas as contingências, mas devia.” (IO)	- BIVQ3b) “Como o nosso CF, em relação aos de outros hospitais, era um bocadinho mais desenvolvido, éramos procurados por alguns colegas de outras instituições para fazerem cá visitas e perceberem como é que isto funcionava. Nós, na altura, tentávamos ter algum retorno dessas instituições e houveram um ou dois encontros que se proporcionaram de certo modo como reconhecimento dessas instituições.” (IO)
Entrevista C	- CIVQ3 Não. Dentro do serviço nós falamos e vamos discutindo sobre estas temáticas todas. Mas, quer dentro, quer fora da instituição, não temos qualquer tipo de contacto.” (IO)	
Entrevista D		
Entrevista E	- EIVQ3 “Se há, eu não tenho conhecimento. Mas, penso que isso seria um grande passo a dar.” (IO)	
Entrevista F	- FIVQ3 “Também não.” (IO)	
Entrevista G	- GIVQ3 “Não! Isso não.” (IO)	

Entrevista H	- HIVQ3 “Mas, deveria haver mais, porque ajudava a um crescimento pessoal e profissional, dos que estão de referência.” (IO)	- HIVQ3 “Muitas dúvidas que às vezes possam surgir, podiam ser atenuadas pela partilha de experiências. Há partilha, de experiências mas não tem nada a ver com a supervisão, ... Mas deveria haver sobre a supervisão, principalmente o que tem a ver com a escola. Quem tiver alunos de uma determinada escola deveriam reunir, principalmente quando é o mesmo grupo.” (IO)
Entrevista I	- IIVQ3 “Não. Neste âmbito, não mantemos relações com outras estruturas da instituição.” (IO)	
Entrevista J		
Entrevista L	- LIVQ3 “Não. Não existe qualquer tipo de articulação, nesta área.” (IO)	
Entrevista M	- MIVQ3 “Dos alunos e dos colegas, não. É só mesmo orientado para o tratamento deles, das feridas. Temos grupos, mas a orientação de colegas não.” (IO)	

Grelha de análise das entrevistas (15)

Domínio: Perspectivas sobre a evolução do sistema de supervisão dos profissionais – PP

Categorias	Visibilidade da formação em serviço	Maior sensibilidade para o apoio pessoal e profissional	Reflexão sobre a função e as práticas	Institucionalização da SC	Seleção e avaliação do supervisor	Preparação específica
<p>Entrevistas</p> <p>Entrevista A</p>	<p>- AVIQ2 “Uma coisa que não funciona nos serviços e que é algo pelo que eu manifesto um bocadinho de revolta, é a não obrigatoriedade de permanência numa reunião de serviço. Deveria ser obrigatório estar presente. A reunião devia ser vista como momento formativo e as pessoas deviam dar-lhe mais importância. Assim a informação não circula; é dada e passa um vector, mas depois o outro já não passa. Acaba</p>	<p>- AVIQ2 “As pessoas já são sensíveis para que esses assuntos sejam tidos em atenção [apoio pessoal e profissional] e para que se possam ajudar as pessoa a crescer profissionalmente, mas ainda é preciso trabalhar muito este aspecto” (PP)</p>				

	<p>por se perder e não há produto final porque são poucos os que estão presentes.</p> <p>Portanto, a supervisão devia ajudar a que as pessoas se sentissem sensibilizadas para isso. Porque de facto, também não há muita sensibilização dos grupos de apoio e dos grupos de inter-ajuda [chefias e elementos do Centro de Formação].” (PP)</p>					
<p>Entrevista B</p>	<p>- BVIQ2 “Os enfermeiros têm capacidade e formação para fazerem isto, mas a falta de consciência colectiva impede que por vezes o façam.” (PP)</p>	<p>- BVIQ2 “Penso que há duas vertentes muito importantes a desenvolver com a supervisão clínica: por um lado a supervisão técnica, por outro lado o suporte emocional acho que há um crescimento muito grande a fazer. Mas, para isso, ainda temos que passar pela fase de nos despirmos de preconceitos e isso é difícil.” (PP)</p>	<p>- BVIQ2 “Não temos de ter qualquer preconceito em colocar em discussão ou à consideração dos colegas aquilo que fazemos e o que sentimos, ...” (PP)</p>	<p>- BVIQ2 “Acho que a supervisão clínica deve ser institucionalizada, pois só assim conseguiremos ter políticas claras e desempenhar as nossas funções com qualidade.” (PP)</p>	<p>- BVIQ2 “Eu gostaria que o supervisor clínico fosse um enfermeiro. Preferia uma pessoa que em termos de formação e desenvolvimento próprio, tivesse mais desenvolvido mais características emocionais. Uma pessoa com quem se pudesse ter boas relações. O SC deva estar identificado, que se</p>	<p>- BVIQ2 “... o SC deve ter formação nesta área.</p>

					saiba quem é. Penso que pode ser uma pessoa que fizesse a SC de uma equipa, alguém que possa estar connosco na equipa, fazendo o papel de SC Eu acho que não temos a capacidade de identificar todas as capacidades das pessoas e aí teríamos algumas dificuldades e subjectividade na escolha. (PP)	
Entrevista C			- CVIQ2a) “Cada enfermeiro devia planear o seu ano de trabalho, estabelecendo objectivos e as actividades que devia implementar, para atingir esses objectivos. No final do ano devia haver uma avaliação rigorosa, em que o E reflectisse sobre o que fez, o que não fez e porquê. Quanto a mim, esta devia ser a metodologia mais correcta para estruturar as coisas.” (PP)		- CVIQ2a) “Na minha opinião deviam haver parâmetros de avaliação específicos.” (PP)	
Entrevista D						

Entrevista E			<p>- EVIQ2 “A relação entre nós é de tal maneira que se está constantemente a tirar duvidadas, a expor situações. Também muito mais do que isto, poderiam começar a sentir-se policiados ou vigiados.” (PP)</p>	<p>- EVIQ2 “É evidente que existindo a figura do supervisor, enquanto pessoa disponível para fazer só a supervisão dos colegas, ... Há mais segurança, ... menos stress, ... melhores cuidados.” (PP)</p>		
Entrevista F		<p>- FVIQ2a) “Penso que, pelo menos os recém formados, quando vêm para cá, deveriam ter pelo menos 1 mês de integração. É nas manhãs que eles têm uma visão mais correcta da dinâmica do serviço. Os colegas em integração, não devem circular por muitos enfermeiros. Ter um ou dois enfermeiros responsáveis pela sua orientação, que esteja sempre do lado dele a integrá-lo. É claro que deve haver cuidado na selecção desses enfermeiros.” (PP)</p>				
Entrevista G		<p>- GVIQ2a) “Eu acho que o enfermeiro está a crescer cada vez mais e não temos nada que nos diga “enfermagem é isto, os enfermeiros fazem isto,...””</p>				

		(PP) - GVIQ2a) “Eu acho que deveria haver alguém que desse apoio aos enfermeiros, quer em termos emocionais, quer em termos técnicos. Alguém que nos pudesse ajudar.” (PP)				
Entrevista H						
Entrevista I		- IVIQ1 “Devíamos ter uma equipa que nos apoiasse no aspecto emocional.” (PP) - IVIQ1 “Em termos da evolução que acho que deveria haver, penso que era importante haver, um acompanhamento mais sistemático dos enfermeiros, que os ajudassem a desenvolverem-se. Penso que os próprios ER deveriam ter mais apoio. Até as Enfermeiras Supervisoras [de carreira] poderiam ser um pouco mais interventivas nesta área. Deviam dar mais suporte à equipa, deviam estar mais presentes, ver as dificuldades da equipa e não virem ao serviço apenas para policiar, mas		- IVIQ1 “ Para mim, poderiam ficar dois ER a fazer apenas a supervisão dos colegas em todas as áreas, sem terem doentes atribuídos.” (PP)	- IVIQ1 “ Estes ER teriam que reunir as características fundamentais para poder desempenhar este papel, deviam ser pessoas experientes, reconhecidas pelos colegas pelos seus conhecimentos e pela boa prática e deviam ter formação acrescida na área da supervisão. - IVIQ1 “Depois, após algum tempo da implementação do método, devia-se fazer uma avaliação para ver se precisa de alterações.” (PP)	

		ajudar as pessoas a crescer.” (PP)				
Entrevista J		- JVIQ1 “Penso que a área do relacionamento humano deve ser mais desenvolvida e o supervisor deve ser um contributo neste sentido. Temos que adequar também personalidade do supervisor à do supervisando de forma a não haverem atritos ou conflitos.” (PP)	- JVIQ1 “Eu penso que é importante que, tanto supervisor como supervisando tenham uma participação muito activa e sobretudo muito, muito reflexiva e auto-crítica.” (PP)			- JVIQ1 “Eu acho que é preciso que recebam alguma formação antes de entrar nesse processo.” (PP)
Entrevista L						
Entrevista M		- MVIQ1 “E, se calhar, dar-lhes mais tempo, integrando-os, desde o início, logo nos turnos, porque às vezes preenche-se demasiado as manhãs, inicialmente. As manhãs são boas, mas também acho que não há necessidade de tanta manhã junta e passar logo aos turnos, sempre com o colega, para chegar a um bom profissional. Acho que os colegas devem fazer um período mais longo apoiados por esse elemento. O melhor elemento.” (PP)				- MVIQ1 “Acho que a integração deverá ser com um bom elemento.” (PP)

Grelha de análise das entrevistas (16)

Domínio: Perspectivas sobre a evolução do sistema de supervisão de alunos – PA

Categorias	Conhecimento do currículo do aluno	Supervisão centrada no crescimento pessoal	Avaliação da supervisão	Formação na área da supervisão de alunos	Articulação com a escola	Formação de grupos de supervisores de alunos	Participação dos enfermeiros no planeamento do ensino clínico	Participação dos enfermeiros em actividades escolares
Entrevistas								
Entrevista A	<p>- AVIQ3 "...acho que deveria haver um dossier informativo acerca dos alunos, que circulasse de campo para campo de estágio.</p> <p>O desempenho dele é diferente de serviço para serviço, mas haver uma informação que circule,... das características daquele aluno e da forma como ele se comporta, porque é o profissional que vai ter que o caracterizar... com determinadas</p>							

	características.” (PA)							
Entrevista B		<p>- BVIQ3 “Poderíamos aproveitar mais a estada dos alunos cá e fazê-los desenvolver mais em termos pessoais. É uma dimensão que eu acho que não está a ser muito explorada.” (PA)</p>	<p>- BVIQ3 “Têm que testar, experimentar, discutir, trocar experiências, ver o que resulta com uns e outros, com os alunos e com os profissionais e, principalmente, fazer a avaliação da supervisão.” (PA)</p> <p>- BVIQ3 “Precisam essencialmente de discutir mais, falar mais e irem para além dos aspectos teóricos. Não está criado ainda um mecanismo que permita o bom desenrolar do ensino nestas circunstâncias.” (PA)</p>		<p>- BVIQ3 “Por muito que eu ache que em determinados aspectos, a componente prática deva ser acompanhada pelos enfermeiros que estão na prática... acho que há uma fase em que a escola deve fazer um bom suporte. BVIQ3 “...primeira fase em que os alunos têm que ter um suporte muito maior, devendo esta fase desenvolver-se com a presença dos professores da escola; numa segunda fase em que seriam acompanhados só pelos profissionais; numa terceira fase, teriam uma supervisão muito mais distante.” (PA)</p>	<p>- BVIQ3 “Ou então, nós teremos que ter os enfermeiros da prática melhor preparados para fazerem tudo.” (PA)</p>		
Entrevista C				<p>- CVIQ3a) “Mas, devia ser alguém com formação específica na área.” (PA)</p>	<p>- CVIQ3b) “Claro que tem que haver sempre um acompanhamento da escola, mas, esse já está previsto.” (PA)</p>	<p>- CVIQ3a) “...acho que cada serviço devia ter um grupo de tutores, formados obrigatoriamente</p>		

				<p>- CVIQ3a) “Há determinado s aspectos que é preciso inculir no aluno, que um enfermeiro “normal” descara um bocado, não valoriza.” (PA)</p> <p>- CVIQ3b) “Já não digo uma pós graduação, mas um curso de formação específica para acompanhamento de alunos.” (PA)</p>		<p>pela escola, ... E esse grupo de tutores deveria ficar sempre responsável pela formação de alunos.” (PA)</p>		
Entrevista D								
Entrevista E	<p>- EVIQ3,4a) “...nós recebemos alunos e muitas vezes não sabemos o que podemos exigir</p>				<p>- EVIQ3,4a) “Um estágio de 3 semanas, onde nunca veio ninguém da escola ao campo de estágio. As</p>		<p>- EVIQ3,4a) “É evidente que o primeiro passo que é importante que se comece a</p>	

	<p>deles,... Não temos conhecimento dos conteúdos programáticos e da formação que lhes foi dada... Portanto, é muito difícil e às vezes confrontamos os alunos e eles dizem “Nunca ninguém me falou nisto”. É muito complicado, porque não sabemos até que ponto podemos exigir ou não do aluno.” (PA)</p>				<p>escolas têm que estar mais atentas e as pessoas têm que comparecer nos campos de estágio.” (PA) - EVIQ3,4c) “Numa fase mais inicial, havendo um docente da escola a fazer uma supervisão mais próxima, dá uma maior segurança. Numa fase já pré-profissional, é evidente que se o aluno estiver mais tempo com um enfermeiro da prática, eu julgo que é mais fácil o desenrolar do estágio. Não haverá tanta necessidade da presença do tutor da escola, mas mais do enfermeiro da prática clínica... Isto em termos de supervisão mais centrada nos aspectos técnicos. Em termos emocionais, não sei se a presença mais assídua do tutor da escola traria mais valias para o aluno.” (PA)</p>		<p>dar, é que todo e qualquer estágio clínico deve ser preparado, quer por quem está na escola, quer por elementos da prática.” (PA)</p>	
--	---	--	--	--	---	--	---	--

<p>Entrevista F</p>	<p>- FVIQ3,4a) Eu penso que o ideal seria que quem fica a orientar alunos fizesse um período na escola com eles. Saber concretamente o que é que eles precisam..." (PA)</p>				<p>- FVIQ3,4b) "Sim, essa é a minha opinião, seria muito importante haver uma maior proximidade escola-serviço." (PA)</p>		<p>- FVIQ3,4b) "Ainda há bem pouco tempo, como já lhe disse, orientei alunos da escola de B, em que eu até tive que fazer o planeamento do estágio. Até o horário dos alunos tive que fazer. Devia ser a escola a dar resposta a isto." (PA)</p>	<p>- FVIQ3,4a) "Acho que quando eles vêm para estágio devia já haver uma relação, nem que fosse empática, com as pessoas que vão estar a orientá-los. Se de facto pudéssemos nós ir à escola, uma ou duas semanas antes dos alunos virem para cá, ... eles já vinham com outras luzes." (PA)</p>
<p>Entrevista G</p>		<p>- GVIQ3a) "Eu acho que nós e a escola, temos</p>						

		<p>que ver o aluno como um futuro profissional e como uma pessoa. Cada pessoa é uma pessoa e os objectivos não podem ser iguais para todos; há pessoas que respondem bem a esses objectivos e outras não, por isso temos que os ajudar a desenvolver como pessoas em relação às suas necessidades.”</p> <p>(PA)</p>						
<p>Entrevista</p> <p>H</p>								<p>- HVIQ3,4) “Os orientadores dos alunos deviam, obrigatoriamente, de vez em quando, periodicamente, ir às escolas e</p>

								receberem formação dos docentes da escola.” (PA)
Entrevista I					- IVIQ3,4 “ Neste momento, acho que se perde muito pelo facto de não estar um docente da escola a acompanhar os alunos em estágio. Devia estar sempre presente no estágio um orientador da escola. Acho também que a articulação entre escola e serviço deveria ser maior.” (PA)			
Entrevista J	- JVIQ3 “Isto para estes enfermeiros conhecerem os currículos escolares. Depois é preciso situar muito bem o enfermeiro que vai fazer a orientação daqueles alunos, no contexto dos conteúdos programáticos. Eles têm que saber quais foram os conteúdos que já foram							- JVIQ3 “Eu acho que, neste contexto, seria bastante importante envolver os enfermeiros dos serviços na escola. Já há um envolvimento

	<p>abordados e as capacidades que têm no momento para responder aos objectivos. Acho que é fundamental fazer o enquadramento dos enfermeiros tutores do hospital no contexto escolar.” (PA)</p>							<p>nto da escola cá nos serviços, mas também tem que haver o reverso, os enfermeiros daqui irem à escola e terem também um papel activo. Estes enfermeiros poderiam participar mesmo em actividades lectivas. Eu também acho que se perde aqui um dia de estágio a abordar determinadas assuntos que poderiam ser falados</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								na escola, por um enfermeiro do serviço para onde os alunos vêm estagiar. Integrá-los pelo menos nas normas e critérios. Mas acho que há um contributo muito grande que o enfermeiro daqui poderá dar na teoria.” (PA)
Entrevista L					- LVIQ3a) “Penso que havia de haver uma ligação entre o professor da escola e quem está aqui a orientar os alunos, porque por vezes entregam as pessoas e nunca cá mais vêm. Nesse aspecto é importante a presença de um professor.” (PA)			

<p>Entrevista M</p>					<p>- MVIQ3 “Fazia falta, pelo menos no primeiro estágio, estarem mais presentes [docentes], porque é assim, eu acho que todos nós quando saímos da escola, alunos, fazemos as coisas todas muito direitinhas, mas, aos poucos, vamos perdendo algum rigor.” (PA)</p>			
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Grelha de análise das entrevistas (17)

Domínio: Papel das escolas – PE

Categorias	Melhoria da relação escola/serviço	Participação das escolas na formação dos supervisores	Investimento das escolas nos ensinamentos clínicos	Articulação escolas/centro de formação	Parcerias
Entrevistas					
Entrevista A	<p>- AVIQ4 “O papel... sobretudo ter o conhecimento neste planeamento de estágio. Quais são os objectivos a propor no serviço. Deveria haver, no mínimo, reuniões prévias com os elementos que à partida saberiam que iriam ficar responsáveis por esse estágio, na elaboração daqueles objectivos. Muitos não são direccionados para a realidade com que o aluno se vai deparar no serviço. Essa discussão deveria existir com os profissionais do serviço</p> <p>Mas, se é de um teor um bocadinho mais prático, porque não chamar as pessoas do serviço a colaborar com a escola no sentido de poder pôr as coisas um bocadinho...” (PE)</p>		<p>- AVIQ4 “E, haver uma maior aproximação dos docentes das escolas, deveriam estar mais presentes nos serviços, partilharem mais dos cuidados que se praticam nos serviços.” (PE)</p>		<p>- AVIQ4 “Se a escola tem protocolo assinado com determinada instituição, é nessa instituição que os seus alunos vão fazer o estágio, por isso, não creio que seja tão complicado assim haver essa complementaridade de informação, aliás, este e outros problemas são mais facilmente ultrapassáveis.” (PE)</p>
Entrevista B		<p>- BVIQ4 “Poderiam ajudar mais os enfermeiros tutores no desenvolvimento das suas capacidades de supervisão dos alunos, mais na área do suporte emocional.” (PE)</p> <p>- BVIQ4 “...penso que na questão do suporte dado ao</p>			

		alunos e aos seus tutores, a escola deveria ter um papel mais relevante. Deviam colaborar mais com os profissionais fazendo uma supervisão mais centrada no domínio do suporte emocional do aluno.” (PE)			
Entrevista C	- CVIQ4 “Por vezes os alunos são “largados aí” à responsabilidade dos enfermeiros dos serviços, ... em relação a isso, a minha opinião é negativa. Há também aspectos desta interligação que podiam melhorar, nomeadamente alguns procedimentos que não são comuns e que talvez fosse possível uma uniformização para não haver diferenças entre o que a escola ensina e aquilo que nós fazemos.” (PE)				
Entrevista D	- AVIQ4 “Devia haver uma maior aproximação das escolas com a prática, uma maior partilha, não falando sequer, na discussão prévia à identificação dos objectivos a propor para determinado estágio. Acho que deve haver maior discussão dos objectivos, do planejar do estágio e da avaliação do aluno e os profissionais dos serviços deviam deslocar-se à escola para participarem em actividades que facilitassem o seu desempenho na supervisão”. (PE)				
Entrevista E			- EVIQ3,4b) “Acho de facto que as escolas deviam estar mais presentes no desenvolvimento do		

			estágio. A experiência que tenho tido é muito negativa. A presença é zero. E mais! Quando se tenta contactar, porque às vezes há necessidade e temos essa preocupação, é muito difícil!” (PE)		
Entrevista F					
Entrevista G	- GVIQ4 “É fundamental que haja uma maior articulação da escola com os locais de estágio. Os enfermeiros do serviço deviam ir à escola, participar com os próprios docentes da escola. Deviam pedir a colaboração dos enfermeiros que trabalham no serviço, para dar a parte da matéria relacionada com este serviço, os cuidados de enfermagem que prestam.” (PES)		- GVIQ4 “As escolas deviam estar mais presentes no serviço.” (PE)		
Entrevista H				- HVIQ3,4b) “As escolas e departamento de formação deveriam fazer a marcação de reuniões e complementar com alguma informação, o que nós temos que fazer na supervisão dos alunos. Os orientadores dos alunos deveriam ter essa relação de	

				comunicação com o departamento de formação.” (PE)	
Entrevista I		- IVIQ4 “Embora eu leia sobre, penso que as escolas poderiam ter um papel fundamental na formação de enfermeiros que fazem a supervisão dos seus alunos. Era um grande contributo que poderiam dar.” (PE)			
Entrevista J					- JVIQ4 “Para resolver estas dificuldades, acho que as escolas têm que ter o papel de chamar os enfermeiros dos serviços para as escolas e eles participarem mais no ensino clínico dos alunos. Deviam fazer verdadeiras parcerias.” (PE)
Entrevista L					
Entrevista M	- GVIQ4 “Nesse aspecto devia haver uma maior comunicação entre a escola e os serviços e uma maior intervenção da escola. Se não há possibilidade de levar os enfermeiros à escola num local de estágio em que há meia dúzia de enfermeiros para quarenta alunos, uma “reuniãozinha” numa tarde ou numa manhã para definir objectivos e estratégias para não andar um para cada lado, seria muito bom...” (PE)				

Grelha de análise das entrevistas (18)

Domínio: Contributos da supervisão clínica em enfermagem para a qualidade de cuidados – SCQ

Categorias	Melhoria global da qualidade	Formalização de uma filosofia de supervisão	Responsabilidade profissional	Contributos para a formação profissional	Reflexão sobre as práticas	Contributo para o bem-estar pessoal e profissional	Humanização do cuidar
Entrevistas							
Entrevista A	- AVIIQ1,2 “A SC pode contribuir para a filosofia global da qualidade na medida em que é mais fácil para as pessoas orientarem-se por critérios definidos e escritos e formalmente assinados.” (SCQ)	- AVIIQ1,2 “Penso que temos uma grande necessidade que seja institucionalizada a supervisão, no sentido de se obedecer a alguma coisa escrita. Não se deve estar a obedecer porque a C ou a D ou outra colega qualquer, com o estatuto de supervisor clínico acha que deve ser assim... há critérios que têm que estar devidamente estruturados, formalizados, escritos, para que as pessoas consigam levar a cabo uma supervisão pensada para o Hospital.” (SCQ)	- AVIIQ1,2 “Eu acho que o poder haver alguém que consiga fazer uma orientação no cumprimento de normas...se houver alguém com essa responsabilidade, de levar a cabo o cumprimento dessas normas, a qualidade dos cuidados acaba por ser beneficiada.” (SCQ)	- AVIIQ1,2 “Quem fizer o protocolo de supervisão clínica, tem que ter em consideração que este deve ser reforçado com formação adequada, porque senão, de forma nenhuma vamos chegar a sítio nenhum! Quando se implementar alguma coisa nesta área, que haja critérios muito bem elaborados e que depois haja a formação			

				adequada para as pessoas que ficarem responsáveis por fazer a supervisão.” (SCQ)			
Entrevista B	- BVIIQ1,2 “Não tenho dúvida nenhuma que a supervisão clínica pode contribuir para a filosofia global da qualidade.” (SCQ)				- BVIIQ1,2 “Acho que este aspecto da supervisão técnica e segurança de terceiros é muito importante e nós devemos estar atentos a este facto e reflectir sobre as práticas.” (SCQ) - BVIIQ1,2 “Isto ajuda-nos a desenvolver as práticas e evoluir neste sentido.” (SCQ)	- BVIIQ1,2 “O que eu acho fundamental é que se tivermos pessoas, profissionais e alunos, bem cuidadas, temos pessoas com muito mais disponibilidade para ouvir, para trabalhar e para cuidar. Se nós cuidarmos bem de nós, naturalmente, cuidaremos bem dos outros.” (SCQ)	
Entrevista C	- CVIIQ1 “Acho que sim, a SC pode contribuir para a melhoria da qualidade. Cada vez mais se fala em indicadores de cuidados, de qualidade e só					- CVIIQ1 “Se conseguirmos que o ER faça esse acompanhamento da parte relacional e obtermos esses indicadores, nós depois podemos melhorar na parte	

	consequimos ter sucesso nestas coisas, se houver uma supervisão apertada de tudo; das normas, de procedimentos, do acompanhamento dirigido aos enfermeiros e aos alunos, se isso estiver tudo otimizado ao máximo, conseguimos fazer supervisão e conseguimos produzir indicadores.” (SCQ)					relacional. É sem dúvida fundamental que os enfermeiros estejam bem consigo mesmos, que estejam bem emocionalmente. Ao prestar melhores cuidados estamos a contribuir para a filosofia global da qualidade.” (SCQ)	
Entrevista D		- DVIIQ1,2 “Partindo do princípio de que para implementar a supervisão clínica, vai haver alguma formalização de critérios orientadores, isto tem que ser feito com base a que possa contribuir para a melhoria da qualidade.” (SCQ)					
Entrevista E	- EVIIQ1,2 “Isso contribui, sem dúvida, para melhorar a qualidade dos cuidados que					- EVIIQ1,2 “Se conseguirmos que o Enfermeiro de Referência faça esse acompanhamento	

	prestam, na globalidade.” (SCQ)					da parte relacional e obtermos esses indicadores, nós depois podemos melhorar na parte relacional. É sem dúvida fundamental que os enfermeiros estejam bem consigo mesmos, que estejam bem emocionalmente. Ao prestar melhores cuidados estamos a contribuir para a filosofia global da qualidade. Com supervisores deste tipo, consegue-se que os enfermeiros tenham uma tal evolução, não só nos cuidados que prestam no aspecto técnico, mas também no aspecto humano; sentem-se mais seguros, muito mais satisfeitos, muito mais realizados, mais felizes.” (SCQ)	
--	---------------------------------------	--	--	--	--	---	--

						- EVIIQ1,2 “É evidente que existindo a figura do supervisor, enquanto pessoa disponível para fazer só a supervisão dos colegas, ... há mais segurança, ... menos stress, mais felicidade, ... melhores cuidados.” (SCQ)	
Entrevista F	- FVIIQ1,2 [contributos da SC para a filosofia global da qualidade] “Bastantes. Sem dúvida. Eu penso que se poderia melhorar a todos os níveis, principalmente a nível dos cuidados.” (SCQ)				- FVIIQ1,2 “Penso que ainda há muitas falhas em enfermagem e a SC não deixaria espaço ao aparecimento de tantas falhas. ...eu acho que se verificam muitas falhas que deixariam de acontecer se houvesse uma SC mais sistemática. As pessoas deveriam ter mais consciência daquilo que estão a fazer.” (SCQ)		- FVIIQ1,2 “Acho que, acima de tudo a SC podia contribuir para humanizar os cuidados, humanizar os enfermeiros. Uma SC sistemática, poderia ajudar os profissionais de enfermagem a caminhar mais nesse sentido.”

							(SCQ)
Entrevista G	- GVIIQ1,2 “A SC contribui para a filosofia global da qualidade. Sem dúvida nenhuma que contribui.” (SCQ)						- GVIIQ1,2 “Se eu estiver bem comigo, tenho gosto em prestar cuidados e tento atingir o limite máximo de qualidade. Tenho disponibilidade mental para trabalhar bem.” (SCQ)
Entrevista H	- HVIIQ1,2 ^a) “[contributos da SC para a qualidade] Muito! Seria muito útil, não tenho a menor dúvida!” (SCQ)		- HVIIQ1,2 ^a) “Não tenho a menor dúvida que a supervisão clínica em enfermagem terá influência a nível da qualidade, porque vai responsabilizar mais e melhor a equipa. Inicialmente pode ajudar a mostrar as competências, porque há profissionais que não sabem as competências, talvez isso lhes traga uma maior responsabilidade.” (SCQ)				
Entrevista I	- IVIIQ1,2 “...esta pessoa está a contribuir grandemente para a						- IVIIQ1, 2 “As pessoas estando melhor orientadas, mais

	<p>qualidade dos cuidados que a outra vai prestar. Contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados que presta, isto reflecte-se a nível do doente, da comunidade e do próprio sistema nacional de saúde.”</p> <p>(SCQ)</p> <p>- IVIIQ1, 2 “Com isto, quero dizer que, quão mais bem acompanhados ou supervisandos são os profissionais, em todos os domínios, melhor é a qualidade dos cuidados que prestam, o que se reflecte aos níveis que já referi.”</p> <p>(SCQ)</p>					<p>felizes e bem consigo mesmas, prestam melhores cuidados.”</p> <p>(SCQ)</p>	
Entrevista J					<p>- JVIIQ1 “Se for uma supervisão que implique o raciocínio, a reflexão, a autocrítica, eu penso que tudo</p>	<p>- JVIIQ1 “Também a supervisão que é feita pode contribuir para que as pessoas se sintam bem com</p>	

					<p>isto são pontos-chave para haver mudança no sentido da busca da qualidade.” (SCQ)</p>	<p>elas mesmas e prestem melhores cuidados. Penso que no fundo é este objectivo. Também temos que ter em atenção que o supervisor também deve ser supervisionando! Todos nós somos observados e observadores. - No fundo o que se pretende é que a SC contribua para a estabilidade das pessoas. Quantas vezes eu saí do serviço a chorar, sem conseguir dormir... Sem ter uma pessoa com quem desabafar ou a quem dizer “tenho este problema, não consigo dormir... Vou para casa a ouvir os gritos daquele doente que não consegue suportar a dor... Isso,</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						emocionalmente mexe muito com o enfermeiro! Esta supervisão deverá estar atenta a estes aspectos do dia a dia do cuidar!” (SCQ)	
Entrevista L					- LVIIQ1,2 “... eu penso que se eu estou a realizar determinada tarefa e estou sozinha ou faço de qualquer forma, ou se tenho alguém para me ajudar... se calhar vou pensar como é que deve ser feito e vou realizar melhor essa tarefa e acho que nesse sentido a qualidade aumenta.” (SCQ)	- LVIIQ1,2 “Acabamos por nos sentir melhor connosco próprios, em termos profissionais. Também estamos mais seguros, sempre temos alguém que está a ver como executamos e que confirma. Assim como eu oriento os colegas, também se calhar gostava de ter alguém a orientar-me a mim.” (SCQ)	
Entrevista M	- MVIIQ1,2 “Acho que contribui para a qualidade, porque					- MVIIQ1,2 “E as pessoas estando bem com elas próprias,	

	<p>orientador é uma pessoa que tem qualidades para orientar. Quem escolher o orientador e verifica e escolhe quem vai orientar é porque reconhece qualidades para tal e essas qualidades poderão ser transmitidas aos colegas e aos alunos e isso penso que pode melhorar a qualidade.” (SCQ)</p>					<p>conseguem prestar melhores cuidados.” (SCQ)</p>	
--	---	--	--	--	--	--	--