



**MARIA LILIANA CANAS
VARANDAS**

**FORMAÇÃO E SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS
CLÍNICAS: UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA**

UA-SD



287160



**MARIA LILIANA CANAS
VARANDAS**

**FORMAÇÃO E SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS
CLÍNICAS: UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA**

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 Correia de Abreu, Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto e Agregado em Ciências da Saúde pela Universidade de Aveiro

o júri

presidente

Doutora Maria Helena Gouveia Fernandes Teixeira Pedrosa de Jesus,
Professora Associada da Universidade de Aveiro

vogais

Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós, Professor Coordenador da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu, Professor Coordenador com
Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (orientador)

agradecimentos

Ao meu orientador, o Professor Wilson, pela compreensão, pelo acompanhamento e pelo apoio disponibilizados ao longo deste percurso. Obrigado por me ter ensinado e exemplificado como se pode ser um verdadeiro “supervisor”!

A todos os enfermeiros do Hospital Magalhães Lemos, pela disponibilidade. Ao Enfermeiro Teles, à Professora Olga e ao Professor Carlos, pelo seu importante contributo.

Aos meus colegas e professores do curso de mestrado pela partilha de conhecimento e de sentimentos.

À Mari e à Iolanda.

Ao Vitor, pelo apoio e à Filipa, pela amizade incondicional. “*Some friends come and go but with a precious few we should hold on...*”

À minha irmã.

A todos aqueles que, directa ou indirectamente, me ajudaram.

Ao meu pai e à minha mãe pela dedicação, pelo incansável apoio e pela confiança.

palavras-chave

Supervisão clínica, enfermagem, supervisor, supervisando, qualidade, formação em contexto de trabalho, desenvolvimento pessoal, desenvolvimento profissional, teoria sócio-culturais, teoria bio-ecológica

resumo

Nos últimos anos, um conjunto de mudanças de natureza tecnológica institucional, legal e cultural alteraram as funções, a responsabilidade social e a estrutura das organizações de saúde. Estas transformações estão na base do debate actual sobre supervisão clínica em enfermagem enquanto estratégia de promoção da satisfação profissional, segurança e qualidade dos cuidados. A emergência da supervisão clínica em enfermagem permitiu interrogar e dar visibilidade a novas modalidades de formação no contexto de trabalho. A supervisão clínica é um processo multidimensional que inclui encontros regulares entre supervisores e supervisados, com o objectivo de analisar experiências de trabalho e de formação. Dedicam-se especial atenção às dimensões emocionais, qualidade de cuidados, relação terapêutica e desenvolvimento pessoal e profissional.

A presente pesquisa assume a forma de um estudo de caso realizado num hospital psiquiátrico (Hospital Magalhães Lemos). O objectivo principal do estudo consistiu em compreender o processo amplo e complexo de aprendizagens desenvolvidas em contexto clínico e a forma como estas condicionam as estratégias supervisivas. Recorrendo ao modelo bioecológico de Bronfenbrenner, o estudo interroga de forma sistemática a origem e as relações entre formação e supervisão. Os participantes do estudo foram 18 enfermeiros do referido hospital. Contamos, igualmente, com a colaboração de três peritos com profundo conhecimento da cultura e realidade hospitalar. A informação foi colhida com base em questionários e entrevistas semi-estruturadas. O questionário (*Clinical Supervision Nursing Inventory – CSNI - V1*) inclui três partes. A parte I e II foram relevantes para caracterizar os participantes e o contexto clínico. A parte III do instrumento inclui um inventário com 24 itens. O Alfa de Cronbach calculado pelo autor foi de 0,93 para os 24 itens da escala, indicando excelentes resultados psicométricos. A entrevista semi-estruturada foi usada para a recolha de dados junto dos três peritos. Os enfermeiros possuem uma atitude positiva perante a supervisão clínica. O desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros estava relacionado com as oportunidades de formação emergentes no contexto das práticas. Embora a expressão “supervisão clínica” seja por vezes utilizada de forma incorrecta nas organizações, concluímos que existiam no hospital boas práticas a nível da supervisão dos cuidados, relacionando desenvolvimento pessoal, qualidade de cuidados e competências profissionais. Tentámos problematizar as experiências supervisivas partindo de teorias sócio-culturais e bio-ecológicas. Os participantes do estudo referiram que há necessidade de formalizar o sistema de supervisão clínica em enfermagem, evitando relacioná-lo com o sistema de supervisão de gestão. São apresentados e discutidos diversos subsídios para o desenvolvimento do sistema de supervisão clínica em enfermagem, no hospital.

keywords

Clinical supervision, nursing, supervisor, supervisee, quality, learning in workplace, personal development, professional development, teoria socio-cultural theories, bio-ecological theory

abstract

A series of technological, institutional, legal and cultural changes have reshaped the role and social responsibilities of health organizations. These transformations lead to a debate focused on clinical supervision in nursing as a way to promote satisfaction, safety care and quality of nursing practices. The advent of clinical supervision for nurses espoused new modalities of learning in the workplace. Clinical supervision is a multi-dimensional process which includes regular periods of time that supervisor and supervisee spend together discussing the supervisee's work and learning progress paying attention to the emotional dimensions, quality of care, nurse/patient relationship, professional and personal development.

This research encompasses a case study carried out in a psychiatric hospital (Hospital Magalhães Lemos). The main goal of the study was to understand the broad and complex learning processes developed in the clinical context and the way shape nursing clinical supervision. Using Bronfenbrenner's bio-ecological model, the study systematically conceptualizes the origin of and interplay among the factors influencing education and supervision. The participants of the study were 18 nurses that are working in the hospital. We also had the support of three experts that have a good understanding of the hospital reality and culture. The data for the study were collected by a questionnaire and a semi-structured interview. The questionnaire (*Clinical Supervision In Nursing Inventory* – CSNI – V1) includes three parts. Part I and II are relevant to characterize both the participants and the clinical context. Part III of the instrument included an inventory with 24 items. Cronbach's alpha coefficient calculated by the author was 0,93 for the total scale (24 items), indicating excellent results for initial field-testing. The semi structured interview was used to collect data from the three experts.

Nurses had an overall positive attitude towards clinical supervision. Personal and Professional development of nurses depends directly on its education specially the one emerging in the work context. Although the term "clinical supervision" has been incorrectly used in some organizations, we conclude that there are in the hospital good supervisory experiences, linked personal development, quality of care and professional competences. Characteristics of successful supervision are best explained using frameworks derived from socio-cultural and bio-ecological theories. Participants told that there is a need to a formal specification of the clinical supervision system, avoiding connects it to the managerial supervision. Some contributions to develop the clinical supervision system in the Hospital are discussed.

ÍNDICE GERAL

	Página
O júri.....	v
Agradecimentos.....	vii
Resumo	x
Abstract	xii
Índice Geral	xiii
Índice de Figuras.....	xvii
Índice de Gráficos.....	xviii
Índice de Quadros.....	xix
Lista de Siglas.....	xxi

NOTA INTRODUTÓRIA	1
--------------------------------	----------

PARTE I – ENFERMAGEM, PRÁTICAS CLÍNICAS E FORMAÇÃO

1. FORMAÇÃO E CONTEXTOS DE TRABALHO	9
1.1. FORMAÇÃO CONTÍNUA: CONCEITOS E MODALIDADES	10
1.2. UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO DE ADULTOS	16
1.3. O SABER ENTRE O CONTEXTO E A ACÇÃO	18
1.4. APRENDER PELA EXPERIÊNCIA: UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA	28
2. ENFERMAGEM, CONTEXTOS E PRÁTICAS	47
2.1. SOBRE OS SABERES EM ENFERMAGEM	48
2.2. FORMAÇÃO CONTÍNUA EM ENFERMAGEM: QUE TRAJECTÓRIAS?	60

2.3. COMPETÊNCIAS E CONTEXTOS DE SAÚDE / DOENÇA	66
2.4. APRENDIZAGEM EM CONTEXTO CLÍNICO	71
3. A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	75
3.1. O QUE É A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM?	78
3.2. MODELOS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	86
3.3. SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS E MODELOS DE QUALIDADE	92
3.4. RELAÇÃO SUPERVISIVA E DINÂMICAS DE FORMAÇÃO	103

PARTE II – UM CASO EM CONTEXTO HOSPITALAR

1. O CASO EM ESTUDO: UNIDADE DE CUIDADOS DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	117
1.1. SOBRE A INSTITUIÇÃO EM ESTUDO	119
1.2. ANÁLISE SOCIOCLÍNICA DO CONTEXTO DA PESQUISA	123
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS	131
2.1. MODO DE INVESTIGAÇÃO: ESTUDO DE CASO	133
2.2. HIPÓTESES DO ESTUDO E UNIDADES DE ANÁLISE	134
2.3. MÉTODOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	138
2.3.1. O questionário	139
2.3.2. As entrevistas exploratórias	140
2.3.3. Análise documental	144
2.4. TÉCNICAS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	145

3. SUPERVISÃO E FORMAÇÃO EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO	149
3.1. OS PARTICIPANTES DO ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO SÓCIO – PROFISSIONAL	150
3.2. O CONTEXTO DO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO	160
3.2.1. O processo de supervisão clínica em enfermagem	161
3.2.2. Designação e responsabilidades do supervisor	194
3.3. A RELAÇÃO SUPERVISIVA	205
3.4. FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIAS SÓCIO-CLÍNICAS: ABORDAGEM ECOLÓGICA	210
3.4.1. O trabalho em psiquiatria	211
3.4.2. Ecologia da formação	219
4. CONCLUSÃO.....	239
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	249

ANEXOS

ANEXO I Questionário

ANEXO II Categorização da informação obtida através das respostas dadas à questão 21 da Parte II: “*Se se realizam acções de formação em serviço, indique os temas das três últimas*”

ANEXO III Categorização da informação obtida através das respostas dadas à questão 22 da Parte II: “*Descreva, em breves palavras, a situação clínica dos utentes que permanecem no seu serviço (cuidados que necessitam, graus de dependência, estado de saúde)*”

- ANEXO IV Categorização da informação obtida através das respostas dadas à questão 1 da Parte IV: *“Indique três momentos significativos que tenham sido apreciados como agradáveis durante a sua experiência profissional”*
- ANEXO V Categorização da informação obtida através das respostas dadas à questão 2 da Parte IV: *“Indique três momentos significativos que tenham sido apreciados como desagradáveis”*
- ANEXO VI Categorização da informação obtida através das respostas dadas à questão 3 da Parte IV: *“Indique, em breves palavras, quais os momentos do quotidiano que lhe pareceram mais significativos para a sua própria formação”*
- ANEXO VII Categorização da informação obtida através das respostas dadas à questão 4 da Parte IV: *“Relate uma situação significativa (positiva ou negativa), na qual o supervisor clínico tenha tido uma intervenção activa”*
- ANEXO VIII Guião da entrevista
- ANEXO IX Transcrição de uma entrevista (entrevista A)

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 Ciclo de aprendizagem experiencial – modos adaptativos e complexidade interpretativa (adaptado de Kolb, 1984)	35
Figura 2 Modelo ecológico do desenvolvimento humano de Brofenbrenner (adaptado de Aguila, 1998)	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1	Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com o género ... 151
Gráfico 2	Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com a idade 152
Gráfico 3	Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com o estado civil 153
Gráfico 4	Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com o tempo de serviço em anos 156
Gráfico 5	Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço durante a sua integração 166
Gráfico 6	Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com a periodicidade do acompanhamento que lhes foi disponibilizado pelo supervisor clínico na sua integração 167
Gráfico 7	Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço após a sua integração 170
Gráfico 8	Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com a preparação do supervisor para desenvolver o seu papel 182
Gráfico 9	Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com a sua apreciação relativamente à orientação/ supervisão/ acompanhamento que lhes foi (ou é) disponibilizado 191

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1	1ª e 2ª fase de evolução da formação profissional (adaptado de Abreu, 1994) 22
Quadro 2	Modelo reflexivo de Johns (adaptado de Carrol, 2005) 110
Quadro 3	Número de camas por serviços (adaptado de Martinho, 2004) 121
Quadro 4	Distribuição dos indivíduos de acordo com a idade 152
Quadro 5	Distribuição dos indivíduos de acordo com o ano que terminaram a formação académica graduada 153
Quadro 6	Distribuição dos indivíduos de acordo com a formação académica pós-básica 154
Quadro 7	Distribuição dos indivíduos de acordo com a sua categoria profissional 155
Quadro 8	Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de serviço 156
Quadro 9	Distribuição dos indivíduos de acordo com o estágio em serviços similares 158
Quadro 10	Distribuição dos indivíduos de acordo com a categoria profissional do supervisor clínico 159
Quadro 11	Distribuição dos indivíduos de acordo com o esclarecimento do papel e responsabilidade do enfermeiro no serviço/unidade de unidades, ao ingressar no serviço 162
Quadro 12	Distribuição dos indivíduos pela existência de um programa específico de integração dos novos profissionais na instituição 163
Quadro 13	Distribuição dos indivíduos pela existência de um programa específico de integração dos novos profissionais no serviço 164
Quadro 14	Distribuição dos indivíduos de acordo com o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço durante a sua integração 166
Quadro 15	Distribuição dos indivíduos de acordo com a periodicidade do acompanhamento que lhes foi disponibilizado pelo supervisor clínico na sua integração 167

Quadro 16	Distribuição dos indivíduos de acordo com a apresentação do supervisor clínico no seu momento de ingresso no serviço	169
Quadro 17	Distribuição dos indivíduos pelo tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço, após a sua integração	169
Quadro 18	Distribuição dos indivíduos de acordo com a oportunidade que tiveram de expressar as suas necessidades e preocupações	172
Quadro 19	Distribuição dos indivíduos de acordo com a possibilidade de aceder a recursos didáticos para realizar os seus estudos no local de trabalho	173
Quadro 20	Distribuição dos indivíduos de acordo com a informação facultada sobre a política organizacional em matéria de controlo de infecção hospitalar, na altura da sua integração	173
Quadro 21	Distribuição dos indivíduos de acordo com a informação facultada sobre a política organizacional em matéria de qualidade, controlo de qualidade e qualidade de cuidados, na altura da sua integração ..	174
Quadro 22	Distribuição dos indivíduos de acordo com a informação facultada sobre a política e práticas organizacionais em matéria de cuidados de enfermagem (linguagens profissionais, protocolos, sistemas de informação, gestão de cuidados), aquando da sua integração	175
Quadro 23	Distribuição dos indivíduos de acordo com a orientação para a realização de documentos de natureza reflexiva (por exemplo, diário de aprendizagem, portefólio reflexivo ou outro instrumento similar), durante o seu período de integração	175
Quadro 24	Distribuição dos indivíduos de acordo com a ajuda disponibilizada na reflexão sobre as suas práticas profissionais, pelo supervisor clínico	176
Quadro 25	Distribuição dos indivíduos de acordo com a disponibilização de momentos ou ocasiões específicas e individualizadas de supervisão e reflexão sobre as suas experiências clínicas	177
Quadro 26	Distribuição dos indivíduos de acordo com a oportunidade que tiveram de reflectir sobre questões de ordem ética e deontológica ..	178
Quadro 27	Distribuição dos indivíduos de acordo com a periodicidade que o	

	supervisor clínico teve em conta os seus problemas pessoais	181
Quadro 28	Distribuição dos indivíduos de acordo com a preparação do supervisor para desenvolver o seu papel	182
Quadro 29	Distribuição dos indivíduos de acordo com a sua opinião relativamente à relação de colegas como favorecedora da sua aprendizagem	183
Quadro 30	Distribuição dos indivíduos de acordo com a sua opinião quanto à realização de acções de formação em serviço	184
Quadro 31	Distribuição dos indivíduos de acordo com a sua apreciação relativamente à orientação/supervisão/acompanhamento que lhes foi (ou é) disponibilizado	191
Quadro 32	Distribuição dos indivíduos de acordo o processo sobre o qual incidiu mais a supervisão clínica que lhe foi proporcionada no serviço	192
Quadro 33	Distribuição dos indivíduos de acordo com o grau de concordância com as suas afirmações propostas	199

LISTA DE SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DoH – Department of Health

EFQM – European Foundation for Quality Management

HML – Hospital Magalhães Lemos

IQS – Instituto de Qualidade em Saúde

KFHQS – King’s Fund Health Quality Service

NHS – National Health Service

OMS – Organização Mundial de Saúde

Q – Questionário

SC – Supervisão Clínica

SCE – Supervisão Clínica em Enfermagem

SNS – Sistema Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UKCC – United Kingdom Central Council

WHO – World Health Organization

NOTA INTRODUTÓRIA

O Ser Humano encontra-se em constante interacção com o mundo. Enquanto pessoa e como actor social, transforma-se no e com o meio ambiente onde está inserido. Nesta perspectiva, desenvolve-se uma relação estratégica não só com o indivíduo, mas também com os pares e o meio envolvente, numa óptica de (re)adaptação recíproca.

O profissional de saúde tem um papel importante numa relação de interdependência que se estabelece com os outros membros e com a própria filosofia, interesses e práticas de qualquer uma das organizações onde está inserido. David Kolb (1984), um dos autores que desenvolveu estudos na área da psicossociologia das organizações, concluiu que as estratégias individuais e grupais tinham repercussões evidentes no clima e nas práticas organizacionais e que a estrutura sociocognitiva das diversas áreas do saber influenciava os estilos de aprendizagem e os comportamentos deles decorrentes. Numa outra perspectiva, Friedberg (1988) salientava a dimensão estratégica do comportamento do indivíduo na organização – este dependeria de um conjunto de mensagens implícitas e explícitas que condicionariam as escolhas, decisões e atitudes do trabalhador. Com base nesta constatação, e reportando-se à área da saúde, Abreu (2007) lembra a necessidade de proporcionar aos enfermeiros processos de supervisão clínica, conjugando nestes formação, segurança dos cuidados e promoção da integridade emocional do cuidador. Saliente-se que este último aspecto é extremamente relevante em contextos clínicos onde o cuidador vivencia contactos frequentes com o sofrimento humano – psiquiatria, cuidados terminais, oncologia ou outros.

O trabalho de investigação a que se reporta esta dissertação, realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Supervisão (Universidade de Aveiro), foi desenvolvido precisamente num destes contextos clínicos – um Hospital Psiquiátrico (Hospital Magalhães Lemos, no Porto). Optámos por recorrer ao modo de investigação estudo de caso, dado o interesse em abordarmos uma unidade social em maior profundidade.

Existindo num determinado contexto científico e sociopolítico, as organizações estão expostas a conjuntos de influências de natureza muito diversa, provenientes do

exterior ou do seu interior. Friedberg (1988) coloca em evidência as estratégias dos actores no seio das organizações e a forma como estas influenciam as práticas organizacionais. O indivíduo desenvolve relações e práticas socioculturais que interagem com o seu desenvolvimento e que moldam, também, a natureza dos contextos. Para Bronfenbrenner (1996), os contextos envolventes assumem uma importância central no desenvolvimento humano. O autor refere-se ao ambiente ecológico como uma série de estruturas concêntricas “*que se encaixam umas nas outras*”. O contexto mais imediato, integrador das experiências e vivências do sujeito, é denominado por Bronfenbrenner como *microsistema*; o *exosistema*, o *macrosistema* e o *mesosistema* são igualmente sistemas que influenciam o desenvolvimento dos sujeitos, embora nem sempre impliquem a existência de uma relação directa.

No decurso do processo de socialização do indivíduo deve ser realçada a dimensão educativa das organizações e, conseqüentemente, a centralidade do exercício de trabalho. Como refere Canário (1997, 2000) o espaço de trabalho confunde-se, assim, com o espaço de formação onde os processos que, sem qualquer “*intencionalidade formativa explícita, condicionam o comportamento dos actores no seio do colectivo de trabalho*” (Abreu, 1994, p. 11). Admitimos uma formação que não termina com a entrada no mundo do trabalho, mas que se prolonga num processo contínuo ao longo da vida do homem, que promove e dinamiza novos saberes e competências, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo. É no seguimento desta perspectiva que tem sentido falar-se na relevância das modalidades informais e não formais de formação.

A profissão de enfermagem é detentora de um conjunto de actividades específicas, de um corpo de conhecimentos próprios e de uma linguagem característica. O desenvolvimento do saber na área da saúde, em geral, e da enfermagem, em particular, tem proporcionado a melhoria de qualidade de cuidados e ganhos em saúde. A sociedade exige aos enfermeiros que sejam capazes de desenvolver e mobilizar competências cada vez mais complexas, mas que não deixem de reflectir o respeito pelos valores e pela diversidade cultural. É no decurso deste processo que surge o investimento nos processos de supervisão das práticas clínicas, quer nos contextos profissionais, quer a nível da formação inicial e especializada.

O trabalho em contexto clínico é causador de níveis de stress que influenciam a actividade cognitiva e relacional. A supervisão em contexto da prática clínica implica

apoiar, orientar e contribuir para a formação dos profissionais, sendo necessário o estabelecimento de uma relação de ajuda, baseada em princípios holísticos, de forma a potenciar capacidades, contribuindo para a ocorrência de processos adaptativos. Estas realidades são devidamente consideradas na implementação de sistemas de gestão da qualidade hospitalar.

Retornando ao contexto em estudo – o Hospital Magalhães Lemos –, estamos perante uma instituição que se mobilizou e transformou nos últimos anos, implementando sistemas de qualidade e preparando-se para a acreditação da qualidade. Por tal motivo, surgiu-nos a seguinte questão, que se constitui na nossa questão de partida: *na instituição em estudo, que representações e vivências possuem os enfermeiros sobre os processos de supervisão clínica disponibilizados?*

Com as constantes inovações e evolução no campo da saúde, os princípios da supervisão clínica foram tomando corpo e tornaram-se cada vez mais importantes nesta área, sendo considerados factores relevantes para uma garantia efectiva da qualidade (nas suas dimensões de estrutura, processos e resultados). Isto porque é no seu decorrer que se identificam erros e debilidades no processo de assistência, com o objectivo de os ultrapassar, garantindo que as boas práticas se mantenham ou instituem colectivamente.

A supervisão das práticas de enfermagem constitui uma forma de promover práticas de qualidade, dar suporte aos profissionais e garantir a segurança dos utentes (Bishop, 1994) incentivando o desenvolvimento do sistema de saúde (Abreu, 2002). A supervisão clínica é, portanto, um processo dinâmico, interpessoal e formal que “*oferece aos enfermeiros 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, 2004, p. 8).

Neste processo, a formação ocupa um papel de relevo num mundo que irá ser cada vez mais exigente, na medida em que facilita a gestão de saberes e competências específicas da profissão. Ela traduz o processo de problematização das práticas profissionais, dando ênfase à forte componente educativa que as situações e contextos de trabalho representam.

Foi na convergência destas complexidades que se desenvolveu este trabalho de investigação. O nosso propósito central foi estudar as dinâmicas de supervisão num

contexto de trabalho. Através do questionar e do estudo das práticas de supervisão e de formação tentamos encontrar um ponto de partida para futuras reflexões com vista a identificar algumas dimensões a considerar numa possível definição de um modelo que possa vir a ser implementado posteriormente.

De acordo com o tema identificado, delineamos os seguintes objectivos que nos propomos atingir com este estudo:

- Avaliar a realidade dos contextos em matéria de práticas sócio-culturais e clínicas;
- Analisar as dinâmicas de formação e de supervisão existentes no contexto das práticas, percebendo-as numa perspectiva ecológica;
- Identificar medidas de carácter operacional, no âmbito da formação, capazes de induzir mudanças qualitativas a nível da estrutura local.

Partimos para o nosso estudo com o intuito de obter respostas a algumas questões, como por exemplo: Qual a natureza dos fenómenos sócio-culturais que se desenvolvem no contexto em análise? De que forma estes condicionam a implementação de dispositivos de supervisão das práticas clínicas?

Estruturalmente, este trabalho divide-se em duas partes fundamentais. A primeira parte engloba o quadro teórico, onde fazemos alusão aos conceitos importantes para o enquadramento da temática do estudo, relacionados com a problemática definida. Fizémos, então, uma revisão teórica, consultando diversas fontes documentais que nos permitiram “*verificar o estado dos conhecimentos no domínio da investigação a estudar*” e “*alargar o campo de conhecimentos, estruturar o problema de investigação e estabelecer ligações entre o projecto e os trabalhos de investigação efectuados por outros investigadores,*” (Fortin, 2003, p. 73). Delimitamos três eixos fundamentais: a formação profissional e a sua relação com os diversos contextos onde se move o indivíduo; a enfermagem nas suas diversas vertentes, evidenciando a relação entre o seu processo evolutivo e o percurso formativo da profissão, destacando a importância dos contextos na aprendizagem dos profissionais; a supervisão clínica em enfermagem, aprofundando os seus vários domínios.

A segunda parte reporta-se ao caso em estudo. Orientamo-nos, essencialmente, pela proposta de Quivy e Campenhoudt (1996) a este respeito. Considerámos, nesta parte, quatro pontos essenciais: uma primeira abordagem ao contexto social em questão, os traços metodológicos que nos permitiram seguir com o estudo empírico, os resultados obtidos

bem como a sua análise e as conclusões a que chegámos. Ao longo destes capítulos justificámos e descrevemos as nossas opções no campo metodológico e reportámo-nos às técnicas de colheita – questionário, entrevistas e análise documental – e tratamento e análise da informação obtida.

No decorrer de todo este processo deparámo-nos com algumas condicionantes que tiveram um impacto relativamente importante nos resultados deste trabalho. A mais importante, talvez, prende-se com o facto de grande parte dos profissionais de enfermagem terem uma concepção um pouco divergente daquela que começa a ser divulgada na União Europeia, realidade frequente em Portugal.

Sem pretendermos fazer uma generalização das nossas conclusões, esperamos que este trabalho possa contribuir para o desenvolvimento e crescimento dos enfermeiros enquanto profissionais reflexivos, no sentido da busca da excelência do cuidado em enfermagem, tendo em conta as mais valias que a supervisão clínica em enfermagem pode trazer, no que diz respeito à sua formação e práticas profissionais.

PARTE I

ENFERMAGEM, PRÁTICAS CLÍNICAS E FORMAÇÃO

1. FORMAÇÃO E CONTEXTOS DE TRABALHO

*“Formar-se não é algo que se possa fazer num lugar à parte.
Bem pelo contrário, é um processo que se confunde com
a própria vida dos adultos”*

Nóvoa (1999)

A discussão das relações entre o mundo da formação e o mundo do trabalho não é uma novidade. Efectivamente, esta problemática tem vindo a ser debatida de forma sistemática nas últimas três décadas pelas chamadas ciências do trabalho e ciências da formação; nesta óptica, a formação deve ser olhada através de instrumentos analíticos delineados pela observação do trabalho sendo, por isso, impossível dissociar as necessidades profissionais das necessidades educativas, sejam elas de cariz técnico, científico ou cultural.

No âmbito das problemáticas actuais equacionadas no domínio da sociologia da profissões, a formação deve ser encarada, então, não como uma obrigação a garantir pelas sociedades (nas dimensões filosófica, económica ou política), mas sim como um espelho das situações e conseqüentes, múltiplas e variáveis necessidades, que ajuda a impulsionar o aparecimento de novos saberes e culturas profissionais e mudanças necessárias para o equilíbrio social. De facto, formação inicial e formação contínua ou, como diz Nóvoa (2000), a escola e a escola da vida, se bem orientadas e articuladas, promovem a verdadeira “educação permanente” (Malglave, 1995). Se nos debruçarmos sobre a formação orientada para a perspectiva de gestão das organizações, poderemos situá-la no campo da gestão e do investimento como um potencial para a existência de personagens detentoras das competências exigidas, capazes de responder aos objectivos mais economicistas e materialistas.

Consideramos a formação um processo contínuo que permite ao homem aprender a gerir a sua vivência em todos os seus aspectos, já que regula a conjugação activa do desenvolvimento profissional e pessoal, o desbotar das competências institucionais exigidas e as de integração nas redes sociais e culturais. Neste âmbito, as situações terão

um efeito educativo se, após as vivenciar, o indivíduo ou o grupo modifica, de forma consciente ou inconsciente, o seu comportamento ou as suas representações, quer a nível intelectual quer a nível afectivo, de uma forma durável (Abreu, 1994). Face a isto, é nossa intenção, ao longo deste capítulo, fazer uma alusão às estruturas de formação contínua, tentando conjugá-las com a prática nos vários contextos, valorizando-a na sua relação ecológica com o desenvolvimento individual dos actores e das organizações.

1.1. Formação contínua: conceitos e modalidades

Qualquer que seja a abordagem que façamos relativamente à problemática da formação contínua, temos sempre que considerar a existência um ponto fundamental: não há formação contínua sem formação inicial, sendo a primeira um prolongamento da segunda. A formação inicial, por muito qualificada que seja, não pode nem consegue responder a todas as necessidades que o profissional encontra ao longo da sua vida. Deve existir, portanto, uma articulação que possa conferir a continuidade pela atribuição dum papel correctivo das insuficiências da formação inicial, à contínua; por outro lado, ela torna-se uma mais valia face às evoluções da sociedade e necessidades de aperfeiçoamento daí decorrentes, com que se depara um profissional (Malglaiive, 1995).

Nos últimos tempos os termos “formação contínua” têm assumido diversos cambiantes, tornando-se “palavras mágicas” num mundo cuja economia está em permanente desenvolvimento e transformação. Não admira, por isso, que a sua abordagem seja feita por numerosos autores e que diversas sejam, também, as perspectivas defendidas pelos mesmos. Assim sendo, para a sua compreensão, torna-se necessário conhecer algumas das definições propostas para um mesmo conceito.

O Grupo de Trabalho de Terminologia da Formação Profissional (1990) definiu formação profissional contínua como *“aquela formação que engloba todos os processos formativos organizados e institucionalizados, subsequentes à formação profissional inicial (entendida esta como o conjunto da formação profissional de base e formação profissional especializada), com vista a permitir uma adaptação às transformações tecnológicas e técnicas, favorecer a promoção social dos indivíduos, bem como permitir a sua*

contribuição para o desenvolvimento cultural, económico e social” (Botelho, 1993, p. 236).

Ribeiro (1993) vai de encontro ao supracitado, considerando-a um conjunto de actividades formativas que ocorrem após a formação inicial, cujo objectivo será aperfeiçoar conhecimentos, aptidões e atitudes profissionais.

A União Europeia consagra 1996 como o Ano Europeu da Educação e da Formação ao Longo da Vida. Esta atribuição faz ressaltar a *“importância da educação nos processos pessoal e socialmente transformadores e retoma, do conceito de formação permanente, a sua matriz de continuidade temporal, de percurso, de caminho a percorrer”* (Sá-Chaves, 2000, p. 95).

Para Costa (1997, p. 6), *“... é o processo contínuo que acompanha a vivência do indivíduo na sociedade, incluído nesta o exercício de trabalho, (...) designa um processo dinâmico no qual quem forma quem e é formado por quem se tem apresentado como a questão central, deixando para o segundo plano a responsabilidade pessoal no acto também pessoal de formação”,* sendo que *“formar-se não é uma preparação para agir é uma preparação para viver, o que, em sentido antropológico, torna a formação a mais humana das actividades humanas”*.

Nóvoa (1999) e Canário (2000) incluem-na, em concomitância com a alfabetização e o ensino recorrente, o desenvolvimento local e a animação sociocultural, no domínio da educação de adultos. Para os autores, a formação profissional contínua está *“orientada para a qualificação da mão-de-obra, entendidas como requisitos prévios e indispensáveis a uma política adequada de gestão dos recursos humanos”* (p. 7).

Achamos pertinente fazer alusão a Estrela (2003), que estabelece um conjunto de princípios centrados no processo e na sua análise:

“- a formação como um processo de desenvolvimento pessoal e profissional de um ser adulto em interacção com o meio e, portanto, como processo contínuo de reconstrução identitária;

- o sujeito em formação como construtor de conhecimento e da realidade social, simultaneamente sujeito e agente de socialização;

- as necessidades de formação menos como lacunas do que como desejos e aspirações que assumem sentido em relação a um projecto de vida; o carácter formativo dos contextos de trabalho...;

- *valorização dos métodos de formação baseados na reflexão sobre as práticas ou sobre a investigação de problemas,*

- *decorrente das situações de trabalho sobre os documentos pessoais onde se reflecte a vida dos formandos e o sentido que eles conferem aos acontecimentos da sua vida profissional e pessoal”* (Ferreira, 2006, p. 51).

Ferreira (2006) fala-nos também na formação contínua como uma sequência (ou consequência) da formação inicial, orientada para o desenvolvimento profissional, numa perspectiva de evolução e de continuidade, não estando, de forma alguma, apenas relacionada com a ideia simplista de reciclagem. Baseada em Eraut (1987) e Ferry (1987) e em Ribeiro (2003), a autora faz referência aos paradigmas (relacionados com a finalidade da formação) e modelos de formação (que se reportam ao tipo de processo, à dinâmica formativa, ao seu modo de funcionamento e eficiência) como um caminho para um melhor entendimento do que é a formação contínua.

Em relação aos paradigmas, Ferreira (2006) considera os seguintes:

- o paradigma da deficiência e o da resolução de problemas, nos quais a finalidade da formação é o aperfeiçoamento da pessoa enquanto profissional e da instituição de trabalho. No primeiro, a formação justifica-se por factores extrínsecos ao indivíduo já que existirão lacunas na sua formação que advêm da insuficiência ou falta de actualização da formação inicial que condicionam o sucesso da actividade profissional; a formação contínua surge como um meio de colmatar essas falhas. No segundo caso, advêm da necessidade de encontrar resoluções locais e institucionais para os problemas que vão surgindo, partindo do pressuposto que a mudança acontece se se implicarem as pessoas que estão directamente relacionadas com o processo; o indivíduo é, então, afectado por ela e empenha-se nos processos de inovação que daí podem decorrer;
- o paradigma do crescimento e o da mudança que, em termos da finalidade da formação, consideram como objectivo o aperfeiçoamento do profissional e da instituição onde se trabalha. No primeiro, é perspectivada no âmbito do desenvolvimento profissional atribuindo-se, por isso, importância à reflexão sobre a experiência pessoal e profissional do indivíduo. Os factores propiciadores e impulsionadores da formação têm, portanto, cariz intrínseco, sendo necessárias estratégias de formação adequadas que possam reorientar o profissional na sua

actividade. No segundo paradigma, tal como no anterior, a formação é vista como um processo geradora de inovações através do entendimento e assimilação da mudança a que se propõe. Os factores propiciadores e impulsionadores da formação são extrínsecos e impõem uma lógica de negociação/colaboração entre organização e indivíduo.

No que se refere aos modelos, o autor descreve os seguintes:

- modelo centrado nas aquisições, que se caracteriza pela organização da formação em função dos resultados estando, por isso, os seus objectivos directamente relacionados com um determinado nível pré-definido de conhecimento, atitudes e comportamentos; o formando é objecto da formação e a prática é única e exclusivamente uma aplicação da teoria.
- modelo centrado no processo, onde se valoriza mais o processo - assumido como intermediário entre uma prática e outra - do que os resultados da formação, no qual as situações formativas ganham importância; o formando é agente da sua formação.
- modelo centrado na situação, onde se preconiza que a formação é um processo contínuo de observação, confrontação e análise das experiências vivenciadas pelo indivíduo, com o objectivo de reestruturar o seu próprio conhecimento num contexto da prática; a teoria é uma base para a regulação da prática.

Tendo em conta todas estas referências, pensamos que a díade formação/trans formação no contexto de trabalho nos remete para uma multiplicidade de variantes e variedade de modalidades que, tal como considera Pain (1990) citado por Abreu (2001), se dividem como formal, não formal e informal e se unem para formar “*momentos de um processo de socialização*”.

O indivíduo forma-se pela articulação das aprendizagens que imergem destes momentos. A importância e a pertinência desta temática são assumidas em todos os domínios. Em 2001 a Comissão Europeia reporta-se a esta problemática definindo os três tipos de aprendizagem:

- Formais: decorrem em instituição de ensino e formação, que possuem currículos definidos e conduzem a diplomas e qualificações reconhecidos.
- Não formais: decorrem em paralelo aos sistemas de ensino e não conduzem, necessariamente, a certificados formais. Podem ocorrer no local de trabalho e através de

actos de organizações ou grupos da sociedade civil (como organizações de juventude, sindicatos e partidos políticos), ou ser ministrada através de instituições ou serviços criados em complemento aos sistemas convencionais (aulas de arte, música e desporto ou ensino privada de preparação para exames).

- Informais: decorrentes das actividades da vida quotidiana, relacionadas com o trabalho, a família ou o lazer. Não é estruturada (em termos de objectivos, duração e recursos) e não conduz, tradicionalmente, à certificação. Na maioria das situações é não intencional (carácter fortuito/aleatório) do ponto de vista do adulto.

Na primeira modalidade de formação, a *formal*, o saber dos profissionais configura-se a um saber mais teórico, mais adquirido nos livros e menos investido na prática (D'espiney, 1997); que fragmenta a formação na teoria e na prática e que se orienta essencialmente para uma acumulação de conhecimentos com data e hora marcada e determinados objectivos pré-estabelecidos. Os conteúdos a abordar são reconhecidos, a sua abordagem é previamente estruturada e o local bem delimitado. O formando tem oportunidade de confirmar o seu conhecimento prévio, de o formalizar com base noutras modalidades de formação, no plano social ou a partir de conhecimentos e de experiências anteriores (Abreu, 2001).

Efectivamente, a formação formal assenta numa dialéctica entre separação e articulação. Quando o conhecimento de índole teórica e o prático estão a crescer é difícil que o processo de aprendizagem ocorra apenas com base nas experiências vividas. Os indivíduos apropriam-se do conhecimento que lhes permite ter/adquirir capacidades e competências, em tempos distintos da prática. Pode ocorrer nas organizações, no local de trabalho, à medida que vão ocorrendo inovações e transformações do próprio processo de produção. Pode também ocorrer em estabelecimentos especializados, tal como acontece na formação inicial, onde a estrutura física deve estar organizada de acordo com os objectivos que se pretendem atingir.

A participação e a interacção previamente delineadas num grupo de actores, onde se discute colectivamente a reflexão feita sobre/na acção, imprimem um determinado sentido ao acto de reflectir e conferem uma finalidade a este processo. Surge aqui o conceito de *formação não formal* onde, apesar das acções se apresentarem com o objectivo de promover a aprendizagem, não se tem um conhecimento detalhado sobre os seus contornos, permitindo assim a utilização de estratégias menos rígidas. Os padrões de

eficácia serão otimizados se as situações forem desenvolvidas ou escolhidas com a participação activa dos formandos (Abreu, 1994). Tal facto irá fazer emergir uma dinâmica auto-formativa dos profissionais, já que o reconhecimento do seu trabalho conduz a um maior empenho e conseqüente investimento pessoal (D'espiney, 1997). Podemos dizer que os jovens adultos são mais sensíveis a este tipo de formação do que à formal. O papel desta modalidade de formação está bem definido: a informação transmitida, que deve ser orientada para responder às necessidades da acção, ao ser baseada e inferida pelas situações do quotidiano, facilita o contacto com o conhecimento e a organização do trabalho intelectual (Abreu, 1994).

Nas reflexões actuais sobre a problemática da formação contínua, assume-se que *“as situações vividas pelos profissionais (...) ocorrem no quadro de organizações sociais, pelo que a dimensão organizacional atravessa necessariamente as práticas profissionais, bem como o processo (formativo) de produção em contexto, através da interacção entre os diversos actores presentes”* (Canário, 1997, p. 10-11). Tal facto remete-nos ao profissional que, ao pensar o seu trabalho (reflectir a/na sua experiência) e, conseqüentemente, ao repensar e modificar ou não os seus comportamentos desencadeia, ele próprio, um processo de formação ao longo da vida que não obedece, tal como menciona Abreu (2001), a formas educativas determinadas/explicitas (não é planeada nem a nível temporal, nem a nível de objectivos). Surge, portanto, o conceito de *formação informal*. Nesta modalidade não existe, na realidade, uma intenção directa de desenvolvimento sendo, portanto, não intencional. O indivíduo apreende as interacções do meio e as situações imprevistas, influenciando, então, valores e atitudes. A formação torna-se um espaço/processo contínuo de adaptação, em que os formandos interagem com o meio transformando-o e transformando-se (Alarcão e Tavares, 2003). É o aprender e o educar-se pela acção em tempo presente, em todos os momentos da vida, com base nas situações sociais experienciadas. De acordo com Abreu (1994), pelo informal o indivíduo transpõe para a sua personalidade as experiências, não impondo limites objectivos para gerar a sua própria formação.

No seio de uma organização o comportamento dos indivíduos é influenciado pelos contextos de trabalho: as situações sem uma intenção educativa explícita, tais como o trabalho e a relação, têm um efeito educativo. A aprendizagem é não intencional e informal, ocorrendo através de um processo de “absorção” entre contexto e indivíduo, que

normalmente não tem consciência que é “*um aluno em vias de interiorizar novos valores e atitudes*” (Abreu, 1994, p. 48).

A crescente importância atribuída ao informal é mais do que ampliar o espaço de formação a novas áreas; é estruturar um percurso formativo de evolução ecológica de todo o sistema de trabalho.

1.2. Um olhar sobre a formação de adultos

*“O princípio é o de fazer do adulto não um cliente,
mas um co-produtor da sua formação”*

Bogard (1991) citado por Canário (2000, p. 43)

O conceito de formação de adultos tem vindo a evoluir ao longo dos tempos. Ao analisarmos a evolução da pedagogia denota-se uma importante valorização da experiência pessoal e das formas comunicacionais que se evidenciam na formação e educação de adultos. Foi a partir do início da década de vinte do século passado, com investigações conduzidas no enalço de uma perspectiva mais crítica em relação aos diferentes domínios que nela se incluem, que a noção de formação de adultos se começou a esboçar e a caminhar para o conceito que conhecemos actualmente.

Hoje em dia, educação e formação de adultos devem estar voltadas para determinados aspectos, que Abreu (1994, p. 26) descreve de uma forma bastante clara:

“- a necessidade de saber: o adulto possui um objecto próprio de aprendizagem, que o formador deve considerar e orientar;

- auto-determinação: o adulto, por princípio, apresenta um grau elevado de auto-determinação, que se gera a partir de experiências formativas anteriores;

- o papel da experiência do formando: o formando, durante a vivência de um segmento de formação, possui uma carga experiencial, que não se deve menosprezar mas sim aproveitar, como recurso e fonte de aprendizagem;

- a vontade de aprender: a vontade do adulto aprender aumenta significativamente se os conteúdos tiverem uma aplicabilidade prática ou se estiverem ligados a problemas do quotidiano. Daí o valor de estratégias de formação que permitam a articulação entre

acção e formação, que possibilitem o investimento prático de saberes teóricos ou a formalização dos saberes práticos;

- orientação da aprendizagem: ao contrário do que acontece a nível do ensino tradicional, onde o aluno é levado a centrar a sua atenção sobre os conteúdos, o adulto orienta a sua aprendizagem para a própria vida, tendo em conta as funções e actividades que desenvolve na sociedade;

- a motivação: as fontes de motivação do adulto podem ser externas (promoção, remuneração,...) ou internas. No entanto, Tough verificou que o bloqueio a motivações de ordem interna pode comprometer seriamente a aprendizagem, sobrepondo-se à motivação de ordem externa.”.

Na sociedade de hoje, sujeita a constantes inovações tecnológicas e informacionais e a lógicas cada vez mais do domínio da produção e da diminuição de mão-de-obra, a qualificação individual é cada vez menos uma garantia de emprego. Estas exigências determinam novos sentidos para a educação e formação de adultos, que importa ter em conta e que passam por repensar esses processos não apenas como uma preparação para o mundo profissional mas sim como o aprender no terreno (Malglaive, 1995), durante e pelo trabalho (Canário, 2000).

Mas, apesar da tão evocada aprendizagem pela prática, importa também a construção de modelos teóricos e racionais que, no caso dos adultos, poderão ser fundamentados nas próprias actividades práticas (que se constituem como instrumentos e finalidades de formação).

A este propósito, Malglaive (1995) fala-nos da “*alquimia da passagem à acção*”, dando valor aos saberes legíveis nas actividades de trabalho, mas nunca esquecendo o ensino e os saberes transmitidos mais formalmente e que são fundamentais na prática. Defende a importância da valorização da prática, das capacidades cognitivas como “*instrumentos de organização dos conteúdos da acção e do pensamento*” – porque o saber implica uma construção e não pode ler-se só nas práticas –, e do seu sentido para os práticos e sentido do saber para a prática.

Achamos pertinente ir de encontro ao que diz Meglaive (1995, p. 21): “*o que melhor caracteriza hoje a formação de adultos é a sua vocação para satisfazer novas necessidades ligadas às múltiplas evoluções da sociedade e aos itinerários pessoais dos indivíduos que têm de as enfrentar; necessidades às quais estas estruturas devem estar*

abertas e sempre prontas a responder”. Acrescentamos, ainda, a necessidade de uma aprendizagem social, permanente e colectiva, durante a vida, que conduza à reinvenção de formas de articular a vida, o trabalho e a aprendizagem, como solução para responder à competição e ao lucro que nos impõe a sociedade.

Importa, talvez, não esquecer uma frase de Paulo Freire (1975): “(...) *os homens educam-se em comunhão, mediatizados pelo mundo*”.

1.3. O saber entre o contexto e a acção

“Existe uma profunda relação interactiva biunívoca entre a dinâmica da empresa e a do meio ou contexto envolventes”

Abreu (1994, p. 33)

Se nos posicionarmos no domínio organizacional denotamos que sempre existiu uma forte interdependência entre formação e desenvolvimento organizacional: não são apenas os indivíduos que se desenvolvem; existe, também, a chamada “aprendizagem organizacional”. Tal leva-nos a considerar que, para além de uma lógica interna que se refere às transformações no domínio específico, a evolução da formação de adultos foi, desde sempre, influenciada e influencia a evolução dos próprios modelos de gestão e organização empresarial.

- **Evolução do conceito de formação em contexto de trabalho**

Barroso (1997, p. 63-64), reportando-se a este domínio, considera duas fases na evolução desta relação: “da marginalidade à mediação” e “da mediação à integração”.

A primeira corresponde à evolução inicial da formação contínua de adultos, nomeadamente nos anos 70. A formação contínua significava “educação recorrente”, sendo equiparada à formação inicial de adultos com o objectivo de aumentar a qualificação ou de responder às evoluções tecnológicas e da produção e conseqüentes lacunas que daí advinham. O formador tinha a função de transmitir conhecimentos, fora dos contextos de

trabalho, tendo em conta as normas pré-estabelecidas. Os formandos não tinham a possibilidade de definir os objectivos nem de participar activamente na formação.

Se entrarmos no domínio da organização das empresas, constatamos uma forte ligação com o taylorismo (ou organização científica do trabalho), existindo mesmo um ajustamento da formação às demandas da gestão; por um lado, verificamos *“uma separação rígida das estruturas, dos programas, dos conteúdos e dos formandos, de acordo com a própria divisão do trabalho”* e, por outro lado, uma *“distinção clara entre decisores-conceptores (dirigentes da empresa e especialistas da formação) e destinatários da formação, quer ao nível das políticas e da sua concretização, quer ao nível do projecto pedagógico”* (Barroso, 1997, p. 65).

Nesta primeira fase olhamos a formação contínua de adultos através de um “modelo escolar”. Face à racionalidade técnica que dominava na sociedade de então, a formação seria concebida como momentos de ensino-aprendizagem de técnicas, como acções de formação esporádicas que confluíam para a melhoria da dimensão técnica do trabalho individual, sem unidade nem coerência (Canário, 2000). Seria encarada como o prolongamento da formação inicial (também porque a estrutura organizacional escolar e a organização do trabalho tinham denominadores comuns). Por outro lado, não era tida como uma necessidade da organização mas sim como resposta a uma lacuna nas competências específicas do trabalhador. Efectivamente, tal acontecia devido aos próprios objectivos das empresas: aumentar a rentabilidade e a eficácia da empresa pela perda de autonomia do trabalhador e conseqüente controlo de todos os passos conducentes à produção, o que aumentaria uma separação virtual entre os que produziam e os que consumiam. Tal como Taylor (1919) dizia, *“todo o trabalho deve ser planeado pela gestão. (...) E cada trabalhador recebe, na maior parte dos casos, instruções escritas que descrevem em pormenor a tarefa que ele tem de realizar, assim como os meios que deve usar para executar o seu trabalho. A especificação da tarefa determina não só o que deve ser feito, mas também como deve ser feito e o tempo exacto que deve ser gasto para o fazer”* (Barroso, 1997, p. 66-67). Seria por aqui que emergia a tal “marginalidade” da formação.

Concomitante com o cair do taylorismo e o conseqüente surgir da “teoria das relações humanas” de Mayo, na década de 30, no pós-guerra, é com a crescente valorização do factor humano, da satisfação no trabalho como potenciador de toda a economia, que a formação contínua foi valorizada. Começam a aparecer novos modelos de

formação, nomeadamente na década de 60 e parte da de 70, que pretendem valorizar a humanização das relações de trabalho. Contudo, pelo exagero conferido ao domínio do humanismo, pela sua focalização excessiva nos indivíduos e nos grupos, esses modelos acabam por tocar na mesma abordagem funcionalista das organizações. A formação contínua, por incidir essencialmente no pessoal, e por decorrer em tempos e locais separados da acção de trabalho, estava desajustada da organização, tendo apenas um ténue efeito na sua aprendizagem e evolução.

Tannenbaum e Seashore (1965) investigaram o verdadeiro efeito da formação contínua dos trabalhadores integrados nas empresas com os modelos organizativos que valorizavam o indivíduo e as relações humanas, tendo chegado a conclusões decisivas: primeiro, um indivíduo satisfeito não produzia mais do que um insatisfeito; segundo, a formação, se bem orientada, é um importante vector para a organização do trabalho e da produção. Efectivamente, a formação deveria orientar-se para o equilíbrio entre a mudança pessoal e a mudança organizacional.

Entramos, assim, no que Barroso (1997) denomina de segunda fase ou “da mediação à integração”. Durante este período, as barreiras entre a concepção e a realização da formação ficam muito ténues (Abreu, 2001) e a relação entre tempo e espaço de formação e tempo e espaço de trabalho fica mais estreita. É o reflexo das teorias da administração que então emergem, que defendem o “*pensar ao mesmo tempo o indivíduo e a organização*” e da influência que a formação estava então a ter a nível das estruturas organizacionais. Fala-se na destaylorização da formação manifestada pela noção de “massa crítica” – diminuição da lacuna entre formador e formandos com o objectivo de promover e não de consumir o saber (Nóvoa, 1988) –, pela noção de continuum – formação como processo que ocorre durante toda a vida e directamente relacionada com a socialização do indivíduo – e pela formação como projecto negociado – no qual investem empresas e actores (Abreu, 1994). O processo é, então, assumido como instrumento da gestão e do desenvolvimento das organizações. É, como diz Abreu (1994, p. 37) situando-se na perspectiva de Crozier e Friedberg, um tempo de análise estratégica, onde se assume verdadeiramente a origem das relações do indivíduo com a empresa, os seus interesses e respostas perante as condicionantes do contexto. Passa-se para um paradigma da “Reciclagem e o Desenvolvimento Intelectual”, onde o que conta não é só o indivíduo mas

sim o conjunto de actores que potenciam a formação necessária à adaptabilidade profissional e à estabilidade social (Malglaive, 1995).

A formação passa a ser integrada nas situações de trabalho, esbatendo-se, assim, a visão funcionalista da importância dada aos actores nas organizações. Por outro lado, as instituições ou empresas começaram a ser encaradas como sistemas complexos, influenciados pela acção humana, que estabelecem relações diversas e imprevistas com o meio externo e que estão aptas e capazes de aprender. Estas abordagens traduzem o aparecimento de modalidades de formação centradas nas organizações onde trabalham os formandos, configurando-se com base numa crescente valorização da “*inteligência informal*” e na autonomia dos trabalhadores enquanto actores organizacionais; a racionalidade das estratégias imprimidas pelos sujeitos no acto de trabalho é relativamente limitada, sendo os comportamentos influenciados mais pelas interacções com os pares, pelas relações e jogos de poder e pelas oportunidades que surgem na organização, do que pelos objectivos da própria empresa. Tudo isto potenciou o aparecimento e o desenvolvimento de outras modalidades de formação como a formação-acção, da formação experiencial e da autoformação (Barroso, 1997).

Verifica-se, então, uma crescente valorização do informal não só a nível da optimização de conflitos e na produção da organização como também a nível da formação.

Estas ideologias de evolução das práticas formativas têm por base alguns estudos levados a cabo por formadores, sociólogos e psicólogos, que chegaram à conclusão que existe “*uma dinâmica reflexiva, constituída em torno da formação integrada no exercício do trabalho*” (Abreu, 1994, p. 41), considerando, portanto, que “*o exercício de trabalho é por si produtor de competências e que concretizam, a par da produção, nos mesmos tempos, nos mesmos espaços e com os mesmos actores, dispositivos que têm por objectivo maximizar os efeitos formadores* (Barbier, 1991 referido por Abreu, 1994, p. 41). Existe, então, um abandono da lógica de formação taylorista, preconizando-se uma formação orientada para o emergir de novas competências e de novas maneiras de olhar o exercício do trabalho. Verifica-se uma interligação entre a concepção e a realização da formação que conduz a uma adequação das modalidades às necessidades de formação, valorizando-se a aquisição de saberes através da conjugação de momentos formais, não-formais e informais.

Abreu (1994) tem uma visão elucidativa deste processo evolutivo:

Quadro 1 – 1ª e 2ª fase da evolução da formação profissional contínua (Adaptado de Abreu, 1994)

1ª Fase da Evolução	2ª Fase da Evolução
<p>.Valorização do formal, dos momentos pontuais e de cariz instrumental;</p> <p>.Descriminação do acesso à formação, de acordo com as hierarquias;</p> <p>.Desvalorização da aprendizagem pela experiência;</p> <p>.Acções de formação formais e cariz escolar;</p> <p>.Afastamento entre formação e socialização e evolução cognitiva de actores e organização.</p>	<p>.Formação contínua como factor promotor das mudanças desejadas;</p> <p>.Participação activa do actor na aprendizagem e do colectivo na determinação de novos sistemas de organização;</p> <p>.Procura de competências e saberes pela valorização da formação experiencial;</p> <p>.Valorização da integração dos momentos formais, não formais e informais;</p> <p>.Formação como factor mediador da eficiência, mudança e evolução.</p>

- **A lógica actual**

A formação de um profissional não termina no momento da sua profissionalização. Pelo contrário, é imperioso que ela prossiga com qualidade, na formação contínua. Tal como Canário, D'Espiney (1997) considera que a formação inicial deve ter como uma das suas finalidades a aquisição de estratégias de aprendizagem que permitam que esta se constitua o primeiro momento no processo de formação ao longo da vida. Isto porque a experiência, *“embora sendo um factor fundamental para o desenvolvimento profissional é, também, insuficiente para dar resposta aos problemas da prática”* (Saraiva, 2001, p. 44). A este propósito Malglaive (1995, p. 40) refere que *“se a relação dos práticos com o saber é um fenómeno de primeiríssima importância para a formação (...) esta relação não poderá estar na origem do saber que se lhe procura transmitir”*.

Tavares (1992) referido por Simões (1997), defende que a formação se constitui como um *“processo de produção de desenvolvimento psicológico humano”*. Desta forma, nomeadamente a que decorre em contexto de trabalho, em que o espaço de trabalho se confunde com o espaço de formação, é considerada um factor importante para que o indivíduo se desenvolva como pessoa e como profissional, para que ele adquira a destreza,

os saberes e seja detentor das competências necessárias para o seu desempenho como actor social e profissional.

Para Richard Peters (1978), “*são os valores e os princípios e não os resultados observáveis que convertem um processo em educativo*” (Aguila, 1998, p. 1). Na verdade, o que faz com que uma acção seja educativa ou formativa não é a produção de estados finais extrínsecos, mas sim das qualidades intrínsecas que se manifestam quando se leva a cabo uma determinada acção (Stenhouse, 1991, referido por Aguila, 1998). Ou seja, é o contacto mediado quer pelo formando quer pelo formador, entre os seus corpos de saberes e de valores, que propicia a construção e reconstrução do conhecimento, de perspectivas ou visões da realidade. Existe, portanto, um enquadramento crítico nos meios sócio-culturais que circundam os sujeitos. Qualquer um de nós tem como objectivo ser socialmente aceite; esta é uma das razões recorrentes para os processos de formação.

Josso (2002) considera que os adultos se formam por processos muito próprios, difíceis de apreender e controlar. Valoriza as “*histórias de vida*”, o auto-conhecimento e a auto-avaliação e a sua transposição para o espaço da formação de adultos, evidenciando a sua capacidade formadora, na medida em que, “*a priori ou a posteriori, é possível explicitar o que foi aprendido (iniciar, integrar, subordinar), em termos de capacidade, de saber fazer, de saber pensar e de saber situar-se*” (Josso, 2002, p. 178). A autora atribui valor não só os momentos positivos com também às “*desordens da vida*” ou os “*momentos-charneira*”, que aparecem como o ápice de um estado de crise capaz de causar contradições que podem ser apaziguadas por uma decisão; as aprendizagens são feitas pelas várias desordens da vida. A autora considera três géneros de aprendizagens: as psicossomáticas, as instrumentais e relacionais e as reflexivas; divide-os, ainda, de acordo com seis registos: psicológico, psicossociológico, sociológico, económico, político e cultural, cada um com diferentes temporalidades. Tal significa que o processo de formação pode não ocorrer ao mesmo tempo que o do conhecimento. Desta forma, as aprendizagens existenciais e as reflexivas poderão ser mais lentas que as instrumentais; por sua vez, as aprendizagens relacionais ocorrem mediante a articulação ou independência das existenciais ou reflexivas.

Josso (2002), apesar de dar grande valor formativo à experiência pessoal anterior, constata que ela nem sempre tem efeitos positivos, possuindo, por vezes, um efeito restritivo, já que “*os aprendentes adultos só concebem o reconhecimento dos saberes*

adquiridos sob a forma que lhes é conhecida, as equivalências (...) e *“os seus hábitos de fazer, os seus referenciais de pensar, tornam-nos pouco disponíveis (...) para trabalharem com outras referências conceptuais, para acolherem ideias novas”* (p. 180). No processo de formação, enfatiza-se a complexidade do acto de aprender e de “desaprender” onde o homem busca o *“formar-se e transformar-se enquanto pessoa, formar-se e transformar-se enquanto profissional e/ou enquanto actor sócio-cultural”* (p. 183).

As práticas de formação devem, então, ter em conta os diversos contextos da vida do indivíduo. Isto porque a realidade quotidiana expressa uma acomodação progressiva entre um ser humano activo, em mudança, e as propriedades, também em transformação, dos meios imediatos onde se insere a pessoa; ao mesmo tempo, este processo é influenciado pelas relações que se estabelecem entre estes contextos e os que os englobam.

Desta forma, emergem alguns conceitos chave relativos ao processo formativo de cada indivíduo, como o conceber a pessoa em desenvolvimento não como uma “tábua rasa” que regista os impactos do ambiente de uma forma passiva, mas sim como uma entidade dinâmica que vai incorporando e reestruturando o meio em que vive, de uma forma progressiva. O ambiente também influi, sendo parte integrante de uma mútua acomodação. Todos estes processos existem de uma forma bidireccional e recíproca.

Tais conceitos são, de uma forma mais ou menos implícita, defendidos por diversos autores. Para Rogers, citado por Tavares (1993), a pessoa está no centro do seu processo de crescimento e desenvolvimento. Contudo, não se pode excluir a conveniência de certas condições básicas no ambiente em que a pessoa se insere. Nesta perspectiva, *“o ser humano é um ser inacabado cuja obra de tornar-se pessoa não pode terminar nunca ao longo de toda a sua existência”* (Tavares, 1993, p. 16).

A modalidade de formação contínua está directamente relacionada com o contexto em que se dá e com os indivíduos que a produzem. Barbier (1996) refere que *“...o acto de trabalho torna-se um acto de formação desde que acompanhado de uma actividade de análise, de estudo, ou de problematização sobre ele mesmo”* (Abreu, 2001, p. 110), sendo que a estrutura organizacional se torna um espaço educativo/formativo, onde os indivíduos (re)organizam os quadros conceptuais influenciadores dos seus comportamentos.

Poderemos considerar que a formação é profundamente influenciada pelas formas de organização do trabalho. Ela tem sido impulsionadora de mudanças importantes a nível das práticas profissionais e organizacionais. O indivíduo é um agente activo de mudança,

que “*desenvolve consciente ou inconscientemente um processo de adaptação ao meio e, reciprocamente, uma acção de transformação desse contexto*” (Abreu, 1994, p. 34). Poderemos, assim, falar na organização como um espaço de socialização, que aprende e que promove a aprendizagem, que se pode dizer cultural, que pode modificar as representações do indivíduo. Mas, quando nos enquadrámos na problemática actual, há quem defenda que “*talvez mais não se tenha conseguido porque os sectores ou estruturas formativas continuam a ser concebidas como unidades funcionais, sendo-lhes sucessivamente vedada a articulação real com os contextos de trabalho, em relação aos quais continuam a manter um carácter de exterioridade*” (Abreu, 1997, p. 150).

De acordo com Barbier (1991), a problemática da relação entre a aprendizagem e o trabalho representa, hoje em dia, uma questão central em vários estudos no âmbito da educação de adultos. Em todos eles podemos identificar um denominador em comum: o exercício de trabalho é produtor de competências. A competência, de acordo com Boterf (1994) referido por Canário (2000, p. 47), é o “*saber encontrar e pôr em prática eficazmente as respostas apropriadas ao contexto na realização de um projecto*”, ou seja, corresponde ao *saber mobilizar*, de uma forma parcialmente consciente as informações (já que não se podem armazenar competências mas sim informações) para se poder dar a acção profissional (Simões, 1997). Este processo não é linear: dada a singularidade, a mutabilidade, a incerteza dos contextos sociais em que ocorre a acção profissional (ou seja, uma situação é sempre diferente da outra) e a apreensão de valores, dos saberes e das técnicas, que constituem um *background* de recursos, a sua mobilização é feita de acordo com o tipo de situação. Desta forma, não poderemos separar as competências dos sujeitos dos contextos (Canário, 2000). Elas não se podem considerar um saber que se possui mas sim como emergentes do contexto profissional através de um processo de transacção reflexiva. Abordamos, então, o papel importante da experiência, fazendo referência a Morin (1990) citado por Canário (2000, p. 47) que diz que as competências são resultado de uma “*reorganização e do acréscimo de complexidade do cérebro*”, onde há a confrontação de “*saberes fazer*” prévios.

Por tudo isto, a formação do adulto em contexto de trabalho pode ser perspectivada num *continuum* de problematização das práticas profissionais e de desenvolvimento de competências, tendo em vista a transformação pessoal, profissional e do contexto de trabalho. Configura-se, desta forma, um “*espaço de intervenção dos colectivos de trabalho*

e de reconstrução das identidades pessoais e sociais” (Correia, 1997, p. 33). Não sendo apenas produtora de competências que se acumulam a outras já existentes, fomenta também o seu questionar de acordo com as condições e com as experiências anteriores, com o objectivo de encontrar um ponto comum, uma delimitação que permita ao indivíduo (re)construir os seus quadros conceptuais, com base nelas. São os *efeitos formativos do quotidiano* (Pain, 1990, citado por Ferreira, 2006) que contribuem para a construção progressiva do conhecimento profissional espontâneo e qualitativo, com base no teórico e, consequentemente, para a formação do profissional competente.

O conhecimento profissional está intimamente relacionado com a reflexão no decorrer da acção. A este propósito Schön (1989) citado por Alarcão (1991) faz alusão ao *conhecimento na acção*. Schön propôs a reflexão a partir da acção, encarando-a como o processo mediante o qual os profissionais aprendem a partir da análise e interpretação das suas próprias acções. Para isso é necessário uma auto-implicação na construção do seu próprio conhecimento quer profissional, quer pessoal (desenvolvimento holístico).

É neste sentido que vários autores, tais como Canário (1997, 2000), Correia (1997), Abreu (2001), Pain (2000), Sá-Chaves (2000), entre outros, consideram a crescente valorização da dimensão formativa do contexto de trabalho, em que os actores vão aprendendo e se vão desenvolvendo num processo de construção de uma relação estratégica e de adaptação biunívoca entre eles e o meio físico e social onde se movem. Não basta que a situação seja formativa; é necessário que a interacção das pessoas com essa situação (a experiência) faça sentido, possa ser explicitada e se revele significativa para elas. Por isso, será importante, também, fazer referência a um crescente enfatizar da *“história do sujeito, enquanto sujeito, da forma como o indivíduo se pensa a si mesmo, no seu futuro e no seu desenvolvimento (...) [do] valor de um percurso, através da consciência que o indivíduo tem deles”* (Berger, 1991, p. 243 citado por Correia, 1997, p. 39). Consideramos que as experiências de formação são importantes na história pessoal de cada um, articulando-se com outras e preparando experiências futuras, pressupondo um projecto de desenvolvimento pessoal e profissional que, necessariamente, se articulam. Confirmamos, assim, que os processos de formação não se podem separar da história de vida dos sujeitos.

Serão de valorizar a auto-implicação e o potencial auto e hetero (ou inter) formativo da pessoa que se insere num contexto de trabalho também ele rico em momentos

potencialmente formadores que, de acordo com Abreu (2001), apesar de não terem intencionalidade formativa explícita, condicionam o comportamento dos actores no seio do colectivo de trabalho. Neste âmbito, reportamo-nos a um processo formativo fundamentado numa concepção ecológica do desenvolvimento e de problematização das práticas sócio-profissionais, no qual se desenvolvem saberes práticos “*úteis para [as crescentes necessidades do] trabalho e adquiridos directamente pelo seu exercício*” (Dubar, 1997, p. 49). Falando no domínio da formação em contexto de trabalho, que se pode também enquadrar na formação contínua informal, a “*recursividade entre o trabalho e a formação faz apelo a uma lógica interactiva de construção de saberes e de mobilização desses saberes na prática: o espaço de trabalho confunde-se com o espaço de formação*” (Abreu, 2001, p. 20).

De acordo com Canário (2000), essas situações potencialmente educativas, que podem ou não ser conscientes e intencionais por parte dos destinatários, enfatizam mais os efeitos educativos do que a intenção; são entendidas como impulsionadoras de mudanças duráveis de comportamentos que “*decorrem da aquisição de conhecimentos na acção e da capitalização das experiências individuais e colectivas [que correspondem] à maior fatia das aprendizagens realizadas pelos indivíduos*” (p. 81). Podemos dizer que a formação em contexto de trabalho consegue complementar não só a pouca adesão dos profissionais às acções de formação e aos cursos (formação contínua não formal e/ou formal) como também, e sobretudo, a sua eficácia (talvez pouca) ao nível dos comportamentos (D’Espiney, 1997). Isto leva-nos a uma crescente valorização da reflexão da prática e da produção de um saber prático que complementa o saber adquirido através dos livros.

Achamos que o ideal será, sem dúvida alguma, que os três níveis de formalização da formação (formal, informal e não formal) sejam um *continuum*, não se apresentando estanques ou rigorosamente delimitados, devendo intercruzar-se e interpenetrar-se, confluindo para um objectivo comum: o auto, hetero e eco desenvolvimento do ser pessoa e do ser profissional. Nesta perspectiva poderemos falar numa transição de “*...formações centradas nas carências para formações centradas na experiência*” (Correia, 1997 citado por Abreu, 1998, p. 64). Isto remete-nos para o facto de que, os profissionais, enquanto actores no contexto de trabalho, estão em interdependência estratégica com os restantes actores do sistema (Crozier e Friedberg, 1977 citados por Abreu, 2001) e são condicionados por factores locais de acção contingente. Tal significa, como referimos

anteriormente, que os comportamentos e as atitudes de um indivíduo dependem da relação que este estabelece com o meio envolvente, sendo consequências de factores como a pertença a um grupo e as condições materiais e sociais respeitantes ao contexto (Friedberg, 1993, citado por Abreu, 2001).

A importância dada às dimensões da “*eco-formação*” e da “*co-formação*” (Ferreira, 2006, p. 68) configura a ecologia da formação. Também esta abordagem, de acordo com o mesmo autor, defende que o desenvolvimento do indivíduo depende dos seus contextos vivenciais. Desta forma, os dispositivos de formação existentes confluem para o objectivo de sustentar o desenvolvimento profissional ancorado no desenvolvimento dos contextos vivenciais, com o recurso à inovação e à mudança, através de um processo de reflexão.

1.4. Aprender pela experiência: uma abordagem ecológica

“ A moral está jungida às realidades da vida, não a ideais, fins e obrigações independentes das realidades concretas”

Dewey, referido por Zacharias (2005c, p. 1)

A personalidade e profissionalidade de cada um de nós é sucessivamente reconstruída ao longo dos anos, à medida que vamos vivenciando e tendo acesso às diferentes realidades que afectam o nosso “eu”. Na medida em que o nosso percurso de desenvolvimento não é estático e evolui ao longo da vida, o nosso conhecimento pessoal e profissional vai, à partida, aumentando e enriquecendo de uma forma gradual.

Neste sentido, iremos abordar a aprendizagem pela experiência fazendo referência ao pensamento de alguns autores que se têm debruçado sobre essa temática. A grande variedade de autores que escrevem sobre a temática em questão – sendo que nos reportamos apenas a alguns deles – faz-nos lembrar que o interesse pela aprendizagem experiencial não é novidade. Apesar de podermos falar de diferentes contextos onde o seu estudo foi mais sistemático, esta problemática foi largamente abordada nos EUA. Tal interesse ocorre em meados do século XIX; os americanos começam, então, a interrogar-se sobre as dimensões que poderiam confluir para o equilíbrio a manter na escola, entre a formação teórica e a formação prática. Esta abordagem acentuou-se com a escola progressista de Dewey nos anos 20-30 do século passado. A nível europeu, este interesse

remonta aos anos 80. Tal é documentado na revista *Éducation Permanente* (nº100/101 de Dezembro de 1989) dedicada ao tema e pelo livro de Susan Weil e Ian Gill de 1989, intitulado *Making sense of experiential learning*. Ao mesmo tempo decorre, em Paris, um simpósio sobre a formação experiencial de adultos. Seriam as principais ideias então transmitidas: a aprendizagem experiencial está intimamente relacionada com o contacto directo com a realidade e com a capacidade de agir (Alarcão, 2001). Chickering (1977) referido por Alarcão (2001, p. 56) acrescenta que “*a experiência vivida desencadeia mudanças ao nível dos valores, dos sentimentos, dos conhecimentos e das habilidades, ou seja, implica a pessoa toda*”.

Podemos reportar-nos a Vygotsky (1896-1934). Professor e pesquisador russo, contemporâneo de Piaget e da revolução russa (Abreu, 2003) define uma teoria histórico-cultural com base no princípio que “*ele (o indivíduo) é geneticamente social*” (Wallon, 1959 citado por Zacharias, 2005a), onde a questão central é a aquisição de conhecimentos pela interacção do sujeito com o meio, destacando o papel do contexto histórico e cultural nos processos de desenvolvimento mental e de aprendizagem. Propõe, na sua teoria, uma visão de formação das funções psíquicas ou mentais superiores (processos voluntários, acções conscientes, mecanismos intencionais, como o pensamento, a linguagem, a memória, percepção e atenção, que dependem de processos de aprendizagem), com uma internalização mediada pela cultura (Zacharias, 2005 e Del-Masso, 2005). O autor introduz a ideia de mediação como factor importante para a construção do conhecimento: o homem não tem acesso directo aos objectos já que haverá um “*processo de intervenção de um elemento intermediário numa relação (...) do homem com o mundo*”, ou seja, as “*funções psicológicas superiores apresentam uma estrutura tal que entre o homem e o mundo real existem mediadores, ferramentas auxiliares da actividade humana*” (Matos, 2001, p. 1). A construção do conhecimento não é encarada como uma acção do sujeito sobre a realidade (tal como defendiam os construtivistas tradicionais), mas sim como a orientação feita pelos outros sujeitos – é um processo que caminha de um plano social (relações interpessoais) para um plano individual interno (relações intrapessoais) (Zacharias, 2005b). Para Vygotsky existem dois tipos de elementos mediadores, os instrumentos e os signos, que interferem na actividade do sujeito e na sua transformação por uma actividade mental, respectivamente.

É a linguagem que, sendo um sistema simbólico, permite ao ser humano em desenvolvimento o intercâmbio e a formação social e a transmissão cultural das funções mentais superiores. Por conseguinte, “*sociedades e culturas diferentes produzem estruturas diferenciadas*” (Zacharias, 2005b). Por sua vez, a cultura possibilita a apreensão e (re)interpretação das representações da realidade por sistemas simbólicos, dando o espaço aos sistemas de negociações entre os seus membros relativamente à recriação de informações, conceitos e significações.

O autor fala, também, no processo de internalização como peça fundamental para o desenvolvimento psicológico; ele envolve uma actividade externa (interpessoalidade) que se modifica para se tornar uma actividade interna ou intrapessoal. Existe aqui, claramente, uma confluência entre a maturação física e cultural: “*a aprendizagem social e cognitiva influencia a maturação e é facilitada pelo contacto social*” (Spouse, 1998). Introduce, assim, a interacção social e a função mental (através deste conceito o autor reporta-se aos processos de pensamento, memória, percepção e atenção) como factores importantes para o desenvolvimento humano.

Para Vygotsky, o cérebro humano é a base biológica que define os limites e as possibilidades para o desenvolvimento humano. Existem dois níveis de desenvolvimento identificados pelo autor: o real, aquele que acontece, já adquirido ou formado, que determina o que o indivíduo já é capaz de fazer por si; e o potencial, aquele que poderá vir a surgir de acordo com o desenrolar da situação/processo, ou seja, a capacidade de aprender com outra pessoa (Matos, 2001; Abreu, 2003; Zacharias, 2005).

O cérebro possui uma zona denominada de desenvolvimento proximal, onde se localizam fenómenos de natureza sócio-cultural como a identidade profissional, socialização profissional e formação para os valores, que potenciam a capacidade de aprender (Abreu, 2001, 2003). É a distância entre o nível de desenvolvimento real e o potencial. Esta é, então, uma região onde se posicionam simbolicamente um conjunto de competências cognitivas e processuais formadas no decurso da aprendizagem pela experiência. No desenvolvimento destas competências, as experiências socioculturais (formais ou informais) são os “motores” para a ocorrência de níveis mais elevados de aprendizagem (Abreu, 2003; Zacharias, 2005b; Del-Masso, 2005).

O autor considera o sujeito não só activo mas também interactivo: o indivíduo constrói-se pelas relações intra e interpessoais, caminhando de um plano social para um

plano individual interno, concebendo e (re)concebendo papéis, funções sociais e formando o conhecimento e até a própria consciência pela troca com os outros e consigo, através de um processo de internalização. Por isto, podemos concordar com Abreu (2003, p. 26) dizendo que *“os aspectos mais relevantes dos estudos de Vygotsky situam-se a nível da relação entre as dimensões cognitivas e o meio ambiente, no qual se identificam factores de mediação sócio-cultural”*.

O trabalho de Vygotsky influenciou, sem dúvida alguma, as teorias de outros autores que, tal como ele, se tornaram marcos importantes neste domínio. A sua marca nota-se, por exemplo, na teoria de David Kolb (1984), nomeadamente na sua ideia de aprendizagem experiencial: *“processo, no decurso do qual um saber é criado graças à transformação pela experiência”* (Abreu, 2003, p. 26). Kolb possibilitou-nos uma visão diferente sobre a aprendizagem em contexto clínico, de todos e de cada um.

Como referimos anteriormente, Dewey (1859-1952), um importante filósofo e pedagogo americano, contribuiu de forma decisiva para a investigação neste domínio, propondo um princípio para o que na altura se denominou de “Escola Nova”, encarando a escola não apenas como uma preparação para a vida, mas sim a própria vida. Desta forma, vida/experiência e aprendizagem estão interligadas: a educação progressiva existe no crescimento constante da vida já que o conteúdo da experiência vai aumentando da mesma forma que o controlo que podemos exercer sobre ela. Não tem, por isso, limites espaço-temporais (Abreu, 2003).

O autor defende que a educação não se faz pela instrução mas sim pela acção. Criticando o tradicionalismo exagerado, no qual a intelectualização e a memorização eram os elementos mais valorizados, considera a experiência como essencial para a aprendizagem. O conhecimento é uma actividade dirigida que não tem um fim em si mesmo, orientado para a experiência, onde as ideias são hipóteses de acção e são verdadeiras quando conduzem essa acção (Zacharias, 2005c). Designa por “interacção” a relação entre as condições objectivas e subjectivas da experiência, que se desenrolam num contexto de transacções mútuas entre a pessoa e o meio, sendo a *“aprendizagem um processo activo [, dinâmico] e de criação de conhecimento”* (Abreu, 2003, p. 26). A este propósito Alarcão (2001, p. 57) analisando a obra do autor, reporta-se à experiência como uma experiência reconstruída, onde *“a descontinuidade e ruptura provocadas pelo inesperado e pelo desconhecido são ultrapassadas e os novos elementos são integrados e*

assumidos, retomando-se portanto a linha de continuidade formativa, agora a um outro nível". Contudo, ela só se constitui como educativa se for organizada, ou seja, orientada e gerida de acordo com o tipo de factos e ideias.

Dewey atribui grande valor às actividades manuais, encarando-as como o produto de situações e problemas concretos a resolver. Considera que o trabalho desenvolve o espírito de comunidade, a divisão de tarefas entre os indivíduos, estimula a cooperação e a conseqüente criação de um espírito social (Zacharias, 2005c). Efectivamente, estes são actos de constante (re)construção.

Posicionando-se no domínio da fenomenologia, Lewin debruçou-se sobre a mesma problemática, embora focalizando-se mais nos sistemas grupais. Na base da sua teoria está um processo de aprendizagem cíclico onde se reconhece que a experiência concreta é uma base da observação e da reflexão, da formação de conceitos básicos, generalizações e da testagem de implicações dos conceitos em novas situações, os quais poderiam conduzir a novas experiências (Abreu, 2003, p. 28). Também atribui importância ao meio e às interacções com o sujeito como condicionantes do comportamento, à experiência e ao processo reflexivo. Acredita que a pessoa que aprende *“associa um determinado saber a um contexto, enriquece esse saber e tenta transpô-lo para outros contextos”* numa *“transição constante entre o concreto e o abstracto (...) – alternância simultânea”* (Abreu, 2003, p. 28-29).

O modelo teórico de Piaget, integrado no domínio do construcionismo (e que foi abordado por Kolb), tem o seu principal enfoque no desenvolvimento cognitivo do homem. Para Piaget, a inteligência é o resultado da interacção entre pessoa e contexto atribuindo, tal como se verifica nos modelos anteriores, um papel de relevo à influência dada pela experiência. Nesta óptica, o ser humano aprende (fala-nos em “aprendizagem inteligente”) porque existe uma díade relacional que permite a sucessão de estádios ou níveis de desenvolvimento cognitivo (os estádios sensório-motor, das representações, das operações formais e das operações concretas), entre a acomodação da experiência e dos conceitos quotidianos e a assimilação dos preexistentes. Se a acomodação se sobrepõe, a aprendizagem é feita por imitação; se a assimilação predomina, o ser humano aprende por imposição de conceitos e imagens, sem depender do contexto. O pensamento pode ser figurativo – produto da imitação de estádios, estático e momentâneo – ou operatório – produto da transformação de um estádio noutro (Abreu, 2003).

O autor considera, então, quatro tipos de aprendizagem: inactiva, simbólica, indutiva e hipotético-dedutiva. Por conseguinte, o indivíduo, se inserido no seu contexto de trabalho, poderá ser capaz de mobilizar saberes e estratégias necessárias face a determinadas situações, desenvolvendo competências individuais, (re)construindo esses saberes na prática (*op. cit.*).

Inspirado em Dewey, Lewin e Piaget, e com a importante colaboração de Roger Fry (1975), Kolb (1984) traça um modelo de aprendizagem pela experiência. Professor da área de comportamento organizacional, debruçou-se, ao longo da sua carreira, em temas como a natureza da mudança individual e social, a aprendizagem experiencial, desenvolvimento profissional e educação executiva e profissional.

O modelo de Kolb aborda temáticas como a formação, o trabalho e o desenvolvimento pessoal, determinando e descrevendo a forma como o indivíduo aprende e como lida com determinadas ideias e situações do quotidiano. O autor considerou a aprendizagem experiencial um processo transformador da experiência no decorrer do qual se dá a construção do saber. O ciclo é baseado no pressuposto de que, quanto mais se reflecte sobre uma tarefa, mais são as oportunidades de modificar ou aperfeiçoar a acção. Compreende quatro elementos, fases ou modos adaptativos de aprendizagem: experiência concreta, observação e reflexão, formação de conceitos abstractos e generalizações e experimentação activa das implicações dos conceitos em novas situações (Kolb, 1984; Alarcão, 2001; Abreu, 2003, entre outros). A experiência concreta engloba simplesmente a execução da tarefa; o envolvimento da pessoa não passa, usualmente, por uma reflexão na acção, mas sim pela sua execução intencional. A reflexão envolve um retroceder do envolvimento na acção e o reflectir sobre ela. O paradigma individual (valores, atitudes, crenças) influencia a facilidade da distinção de certos acontecimentos; outro factor influenciador é o vocabulário pessoal, já que sem as palavras se torna difícil verbalizar e discutir as percepções individuais. A formação de conceitos abstractos envolve a interpretação dos acontecimentos e a compreensão das relações que podem existir entre eles; é neste estágio que a teoria pode ter relevância para o enquadramento e explicação dos eventos; mais uma vez, o paradigma individual influencia a variedade de interpretações que o indivíduo lhes pode atribuir. A experimentação activa ou planeamento permite uma nova compreensão da acção, traduzindo-a quer em previsões dos acontecimentos posteriores quer nas acções que devem vir a ser executadas para redefinir o

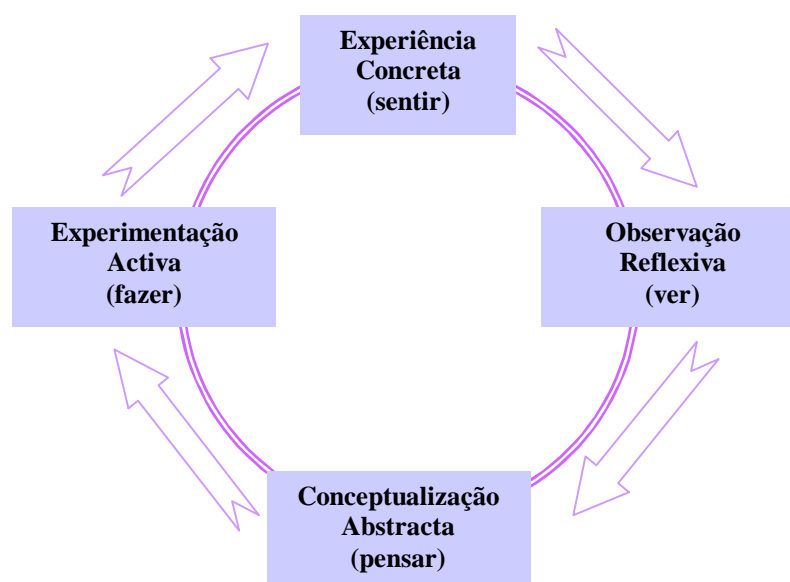
caminho mais correcto a seguir (Matos, 2001). Por conseguinte, o factor tempo assume grande importância. Ou seja, dever-se-á ter em conta que o facto de a reflexão ser feita apenas no final da acção lhe garante uma menor eficácia para aprimorar os comportamentos a adoptar face a acontecimentos similares posteriores; contudo, a reflexão contínua poderá fazer com que o indivíduo empregue mais tempo a pensar do que a executar a tarefa. Portanto, o ideal é tentar conjugar a reflexão com a prática e vice-versa.

Podem-se identificar duas linhas axiais onde se compreendem estes elementos: a aproximação a uma tarefa (preferência pelo fazer ou pelo observar) e a resposta emocional (preferência pelo pensamento ou pelo sentimento).

Estes elementos foram representados no seu famoso ciclo da aprendizagem experiencial. Nele o autor faz referência ao processo pelo qual os indivíduos, equipas e organizações vivem e compreendem as suas experiências e, conseqüentemente, modificam os comportamentos. A ideia base de todo este processo assenta no facto de que, quanto maior for a frequência da reflexão sobre uma tarefa, mais são as oportunidades de modificar e aprimorar os comportamentos.

Para Kolb, o ciclo pode-se iniciar em qualquer um dos quatro elementos referidos anteriormente (experiência concreta, observação e reflexão, formação de conceitos abstractos e generalizações e experimentação activa), sendo que a aprendizagem existe pelas transacções que ocorrem entre os quatro modos adaptativos e no sistema de adaptação (Abreu, 2003). Contudo, o processo de aprendizagem inicia-se quando o indivíduo pratica uma determinada acção e compreende o seu efeito naquela situação. Tal pode permitir ao sujeito que aprende antecipar as conseqüências da acção quando se depara com situações semelhantes. Quando o princípio geral é entendido, o último passo, segundo Kolb (1984), é a sua aplicação através da acção, em novas circunstâncias, dentro do campo da generalização. Se a pessoa aprendeu de uma forma efectiva, este processo organiza-se em espiral; a acção acontece num diferente conjunto de circunstâncias e aquele que aprende é capaz de antecipar os seus possíveis efeitos.

Figura 1 – Ciclo da Aprendizagem Experiencial – modos adaptativos e complexidade interpretativa (adaptado de Kolb, 1984)



O autor desenvolve o modelo de aprendizagem experiencial onde a observação reflexiva é a base do processo que vai desde a experimentação concreta dos acontecimentos ao estado de conceptualização abstracta. A reflexão aparece no contexto da aprendizagem como parte do processo que desenvolve os conceitos através da experiência (Abreu, 2001). Existe, portanto, o uso do concreto, da experiência “aqui e agora” para testar ideias e o uso do *feedback* para a mudança de práticas e de teorias (Kolb, 1984, p. 21-22). No decorrer da prática profissional o conjunto de saberes prévios é reformulado ou substituído por tentativas de mobilização de saberes entre domínios cognitivos (Abreu, 2003, p. 32).

Para Kolb (1984, p. 41), a aprendizagem tem uma relação com a produção de conhecimento: “o conhecimento resulta da combinação da experiência significativa com a sua transformação”, ou seja, resulta da experiência percebida e da sua adaptação. Considerando duas formas de percepção e duas de transformação, são quatro os tipos de conhecimento ou, fazendo referência à noção central desta teoria, “estilos de aprendizagem”: divergente, assimilativo, convergente e acomodativo.

O conhecimento convergente é o resultado da interiorização por compreensão e transformação por extensão, correspondendo aos modos adaptativos de aprendizagem “conceptualização abstracta” e “experimentação activa”. O conhecimento divergente

advém da interiorização da experiência pela apreensão e transformação por intenção, sendo as características de aprendizagem a “experiência concreta” e a “observação reflexiva”. O conhecimento assimilativo implica a interiorização da experiência através da compreensão e transformação por intenção, correspondendo-lhe as características de aprendizagem “conceptualização abstracta” e “observação reflexiva”. O conhecimento acomodativo existe pela interiorização por apreensão e transformação por extensão, tendo como modos adaptativos de aprendizagem a “experiência concreta” e a “experimentação activa” (Abreu, 1994, 2001, 2003; Kolb, 1984).

Neste modelo os estilos de aprendizagem são indicativos da predisposição para o desenvolvimento de um determinado conjunto de competências em relação a outros: para o estilo de aprendizagem convergente correspondem competências de experimentação, para o divergente as competências de relação, para o assimilativo as competências de conceptualização e para o acomodativo as competências de acção.

Para que a pessoa que aprende conheça, ela tem que reconhecer a sua aprendizagem.

Abreu (2003, p. 34) diz-nos que *“definir uma forma pessoal de aprender surge como resposta individualizada a condicionantes externas e internas, num contexto de hierarquias de motivações, sinais de reconhecimento, interdições ou obstáculos”*. Este pode ser o mote para nos referirmos a um ponto estratégico e importante da teoria de Kolb: qualquer um dos contextos onde a pessoa que aprende se insere influencia, indubitavelmente, a forma como esta absorve e transforma a informação e, conseqüentemente, condiciona o desenvolvimento de determinadas competências em lugar de outras. Reportamo-nos, assim, ao que Kolb (1984) chama de *“environmental press”*, ou seja, os *“factores como culturas locais ou estrutura do conhecimento de uma disciplina condicionariam, objectivamente, a socialização e os fenómenos de aprendizagem”* (Abreu, 2003, p. 35). O indivíduo (re)transforma a informação que absorve do meio onde se movimenta podendo desenvolver determinadas competências sendo, por isso, sempre influenciado pelo contexto sociocultural. Tal acontece porque cada pessoa é um ser relacional, em permanente socialização e mudança, que tem tendência a defender-se das agressões do meio.

Apesar do reconhecido interesse e importância atribuída a este modelo, alguns autores fazem alusão a determinados aspectos que lhe são transponíveis. Reportamo-nos,

por exemplo, a Boud (1983), que considera que o autor valoriza pouco o próprio processo de reflexão; a Tennant (1996) que acha que se deveria dar maior ênfase às diferentes experiências/condições culturais e também à ideia de que, tal como o refere Dewey, um número de processos pode ocorrer simultaneamente e alguns estádios podem não ocorrer e, nesses aspectos, o modelo é algo simplista; a Jarvis (1987) que considera que, nesta teoria, a relação entre aprendizagem e conhecimento é problemática. Apesar de tudo, Tennant (1997) considera-o um modelo exemplar em todas as actividades orientadas para a aprendizagem.

Baseado nos trabalhos de Kolb, e tendo em conta os aspectos acima referidos, Jarvis (1995) defende a existência de uma panóplia de respostas às situações que podem proporcionar uma aprendizagem efectiva. O autor aplica o modelo de Kolb a vários grupos de adultos, solicitando-lhes a sua exploração com base na sua experiência de aprendizagem. Com base nos resultados desenvolve um modelo onde se podem percorrer diferentes caminhos, alguns de “não aprendizagem” – presunção, não consideração e rejeição –, de “aprendizagem não reflexiva” – pré-conscienciosa, prática, memorização – e outros de “aprendizagem reflexiva” – contemplação, prática reflexiva, aprendizagem experiencial. Mas, tal como Kolb, Jarvis considera uma série de etapas sequenciais, esquecendo que várias coisas poderão ocorrer simultaneamente. Por outro lado, existe, tal como em Kolb, uma base experiencial um pouco limitada.

Mais recentemente Alarcão (2001) apresenta-nos o que chama de “*princípios validadores da experiência como aprendizagem*”, que “*servem a formação inicial e contínua*” (p. 57), e que têm um significado próprio se encarados interdependentemente. A autora considera nove princípios fundamentais: *o princípio da significação*, onde se dá ênfase à importância da relação entre a pessoa e o acontecimento; *o princípio da continuidade*, ou seja, a experiência torna-se significativa se existir um *continuum* entre as aquisições prévias e as que se irão suceder; *o princípio da organização*, onde defende que é necessário existir uma organização sistemática da experiência nos esquemas mentais do indivíduo; *o princípio do desenvolvimento e da aprendizagem*, ou seja, se obedecer ao princípio da significação, uma experiência pode gerar outras e conduzir a uma diferente visão e a uma diferente interacção com o meio; *o princípio da qualidade*, no qual a autora defende que, para existirem novas experiências e, conseqüentemente, novas configurações do saber, deve existir motivação do indivíduo; *o princípio da reflexão*, que é o reflexo da

importância da reflexão sobre a acção para a aprendizagem; *o princípio da interacção social*, onde a experiência assume importância para a interacção e comunicação social; *o princípio da educação*, onde se dá ênfase ao papel da experiência significativa, que advém das possibilidades do quotidiano, como potenciadora do desenvolvimento; e *o princípio da formação holística*, onde a autora considera que “*a pessoa se constrói na variedade integrada das experiências vividas e assimiladas*” (Alarcão, 2001, p. 57).

Inspirados nos autores, encaramos a construção do conhecimento como um processo dinâmico em que, tal como diz Tavares (1992), a formação se torna um caminho para o desenvolvimento humano. Neste sentido, abordamos o processo de acordo com uma perspectiva ecológica que engloba a complexidade das dimensões pessoais e interpessoais e os “*subsistemas que interagem no decurso do acto educativo*” (Alarcão e Sá-Chaves, 1994, Tavares, 1994, citados por Simões, 1997, p. 40).

O desenvolvimento e a aprendizagem do indivíduo nas suas dimensões pessoal e profissional podem, então, ser abordados à luz de uma teoria ecológica. O que se justifica pela importante influência que os contextos exercem na activação do potencial de desenvolvimento tanto de cada um como do colectivo de indivíduos e nas suas relações e inter relações com os seus ambientes próximos e afastados.

A teoria ecológica do desenvolvimento surge a partir de diversas áreas de conhecimento. O termo “ecologia” tem sido utilizado por muitos desde há já muito tempo. Surge no domínio da investigação em biologia, nomeadamente por Charles Darwin, no princípio da selecção natural. Um ponto fulcral da sua teoria assenta no conceito de *adaptação* do organismo aos *inputs* do ambiente. Este conceito foi adoptado a nível da *ecologia humana* e tem uma posição de centralidade nas conjecturas mais actuais.

Haeckel (1869) foi um dos pioneiros na formulação da teoria, debruçando-se sobre as relações entre os organismos e os seus ambientes orgânicos e inorgânicos. Este zoólogo defendia que o organismo é mais do que a soma das suas partes (Klein e White, 2002).

O conceito de ser humano e do seu bem-estar em função da sua relação com o seu ambiente atingiu grande interesse nas últimas décadas do século XIX, durante a Revolução Industrial, quando a química Ellen Richards fez surgir o termo *oekology* como uma aplicação dos princípios, métodos e resultados da ciência conducentes à melhoria do quotidiano dos indivíduos e dos seus ambientes (Buboltz e Sontag, 1993).

Durante os anos 60, o “movimento ambiental” é novamente um ponto de enfoque que valorizando-se o impacto do ser humano no seu ambiente e vice-versa, sendo os estudos direccionados para o crescimento populacional a nível mundial e para a depleção dos combustíveis fósseis.

Os últimos pioneiros da teoria, que se debruçaram sobre temáticas relacionadas com indivíduo e a família, foram Bronfenbrenner (1970), que estudou as crianças e os seus ambientes e Deacon e Firebaugh (1988), que aplicaram a Teoria da Ecologia do Desenvolvimento Humano a pesquisas no âmbito de gestão de recursos humanos (Buboltz e Sontag, 1993).

Urie Bronfenbrenner, psicólogo e autor americano, após um estudo contextual sobre crianças e a sua relação com os seus ambientes publica, em 1979, “*The ecology of human development*”, onde propõe e explica uma teoria do desenvolvimento da pessoa, centrando-se na sua interacção (directa ou indirecta) com o mundo, atribuindo importância à riqueza dos diferentes contextos onde decorrem as dinâmicas do social. No seu estudo faz diversas críticas à investigação tradicional realizada em situações clínicas muito controladas e em contextos de laboratório. Apesar de Bronfenbrenner ter tido influência de investigadores como Kurt Lewin (1936) ou Barker e Wright (1934), Piaget (1977) e até de investigadores da área da sociologia, como por exemplo Durkheim, quando se faz referência aos grandes teóricos que defendem uma visão integral, sistémica e naturalística do desenvolvimento psicológico, entendido como um processo complexo, que responde à influência de uma multiplicidade de factores estreitamente ligados ao ambiente ecológico em que o dito desenvolvimento ocorre, é impossível não falar, quase exclusivamente, em Bronfenbrenner e no seu Modelo Ecológico (Linares, 2002). A sua teoria tem sido amplamente adoptada nas mais variadas áreas, mas será principalmente na psicologia, na educação e na pedagogia que mais predomina a sua aplicação. Um dos principais inconvenientes no que diz respeito à sua transposição para a saúde seria, à partida, na nossa opinião, o facto de os principais postulados deste modelo se referirem, essencialmente, ao desenvolvimento psicológico do indivíduo. No entanto, à medida que fomos estudando mais escrupulosamente a teoria, constatamos que esta pode ser transponível para diversas realidades, inclusivamente para a nossa investigação.

Poderemos referir que, a nível nacional, apenas se começa a falar em Bronfenbrenner nos anos oitenta, na psicologia e na educação. Foi Gabriela Portugal que

nos deu a conhecer, talvez de uma forma mais profunda, reflectida e objectiva, a perspectiva ecológica do desenvolvimento de Bronfenbrenner. Este caminho teve início em 1988, na Universidade de Aveiro, onde realizou um trabalho de pesquisa sobre o tema, sob a orientação de José Tavares que, em 1992, culminou na publicação de um livro que ainda hoje se constitui numa importante referência sobre a temática em questão: *“Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner”*.

Gabriela Portugal apresenta-nos o princípio fundamental da teoria: *“A ecologia do desenvolvimento humano implica o estudo (...) da interacção mútua e progressiva [caracterizada pela reciprocidade] entre, por um lado um indivíduo activo, em constante crescimento e, por outro lado, as propriedades sempre em transformação dos meios imediatos em que o indivíduo vive, sendo este processo influenciado pelas relações entre os contextos mais imediatos e os contextos mais vastos em que aqueles se integram”* (Portugal, 1992, p. 37). Assim sendo, o comportamento humano terá como principal fonte de influência os ambientes naturais. Desta forma, a observação em laboratório ou em situações clínicas (adoptada de uma forma mais sistemática, até então) não poderá fornecer as informações necessárias para compreender a realidade humana.

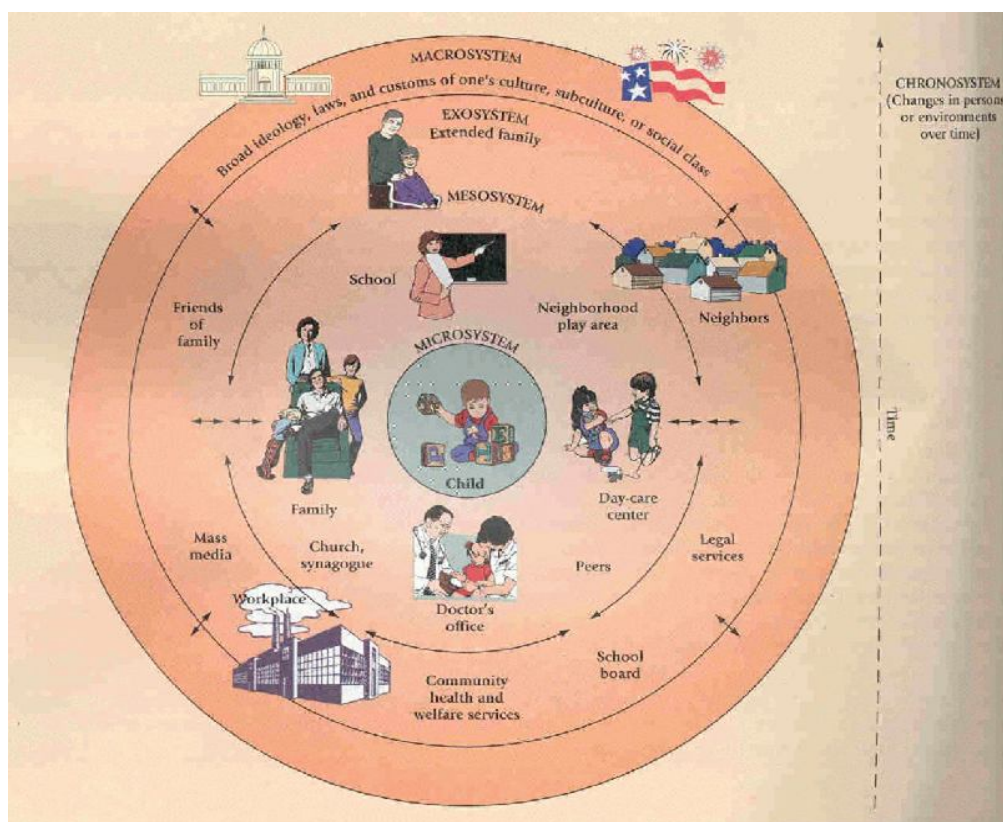
Santos e Bastos (2002, p. 46) consideram três pontos-chave nesta teoria:

- a) O desenvolvimento envolve a dimensão biopsicológica da pessoa, bem como os objectos e os símbolos do ambiente que estabelecem entre si interacções recíprocas que vão ficando progressivamente mais complexas, e que decorrem, preferencialmente, sobre uma base regular e duradoura (interacções descritas como processos proximais);
- b) O sentido, a natureza e o poder de tais processos proximais variam em função das características do desenvolvimento da pessoa, do ambiente e da natureza dos resultados em consideração;
- c) Os processos proximais intervêm no desenvolvimento psicológico efectivo, constituindo-se como uma forma de actualização do potencial genético do indivíduo.

De acordo com esta perspectiva, que apresenta traços de influência do construtivismo, o sujeito tem um papel activo na construção do conhecimento e assenta na concepção de que os seres humanos são organismos proactivos, com um potencial hereditário próprio, com planos e orientados para objectivos que, através das suas

interacções com os contextos de vida, criam e transformam as suas realidades pessoais e interpessoais, a sua cultura. Existe uma visão interactiva e dialéctica da relação entre sujeito e os contextos onde os indivíduos são dinâmicos e orientados no seu desenvolvimento pelo conhecimento, pela expansão, que corresponde a um olhar mais rico, pluralista e multidimensional do conhecimento humano. Por isso, o autor não assume uma postura exclusivamente ambientalista, considerando na sua teoria do desenvolvimento e do comportamento humano, também, e de uma forma equilibrada, o património hereditário da pessoa. Assim, *“a experiência contextual constitui, na realidade, um novo potencial de desenvolvimento do sujeito que vem juntar-se ao património hereditário”* (Tavares, 1992, p. 9). Tal como diz Portugal (1992, p. 114), *“a personalidade humana é concebida como um sistema de relações entre o sujeito e a situação e não como uma síntese de traços inatos e adquiridos”*.

Figura 2 – Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (adaptado de Aguilá, 1998)



A figura representa a estrutura inerente ao pensamento de Brofenbrenner e demonstra a forma como os diferentes sistemas contêm ou estão englobados uns nos outros, perspectivando um processo dinâmico de transições e (re)adaptações aos acontecimentos da vida, aos novos e renovados contextos e situações, no plano pessoal e profissional.

Brofenbrenner conceptualiza, então, o *Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano* como uma série de estruturas concêntricas, que se encaixam num modelo tipo matrioskas (bonecas russas), cada uma englobando e englobada por outra. São estas estruturas que se constituem como o ambiente ecológico em que se move o indivíduo. De acordo com Alarcão e Sá-Chaves (2000), Portugal (1992) e Linares *et al* (2002) esta será uma das influências que autor importa de Kurt Lewin. O modelo compreende cinco níveis de análise: o microsistema, o mesosistema, o exosistema, o macrosistema e o cronosistema que, sem implicarem necessariamente a participação activa do sujeito, condicionam as suas atitudes ou por elas são condicionados. Na sua maior parte, os autores que se debruçam sobre esta teoria abordam estes níveis (apesar de alguns não considerarem o cronosistema como um nível). É em autores como Brofenbrenner (1987), Portugal (1992), Aguila (1998), Sá-Chaves (2000), Gonçalves (2000), Santos e Bastos (2002), Linares *et al* (2002) e Abreu (2001, 2002, 2007) que nos iremos basear para a sua explicação.

O microsistema é o nível em que vive a pessoa, representando o contexto imediato. Está relacionado com um padrão de actividades, papéis e relações interpessoais que a pessoa experiencia num determinado contexto com características particulares. É neste nível que se estabelecem as interacções directas entre as pessoas e se desempenham os diferentes papéis adstritos a tal contexto. Desta forma, os indivíduos têm um papel activo na construção dos contextos.

Neste âmbito, um dos principais elementos é a natureza da experiência vivida. Tal como referimos anteriormente, o comportamento e o desenvolvimento não serão influenciados apenas pelas propriedades objectivas do ambiente mas, também, pela forma como as pessoas desse ambiente percebem essas propriedades. Brofenbrenner (1987, p. 41) diz-nos que “*los aspectos del ambiente que modelan con más fuerza el curso del desarrollo psicológico son, sin duda, aquellos que tienen significado para la persona en una situación determinada*”.

O mesosistema compreende as ligações ou processos de comunicação que se estabelecem entre microsistemas e as interferências que impedem ou tornam possíveis as relações entre os mesmos. Poderá, portanto, definir-se como um sistema de microsistemas. Ele surge ou aumenta quando a pessoa entra num novo e diferente contexto. Por conseguinte, deve ser atribuído um papel relevante ao *“grado y la naturaleza del conocimiento y las actitudes que existen en un entorno com respecto al outro”* (Brofenbrenner, 1987, p. 44).

O exosistema pode ser considerado uma extensão do mesosistema e é constituído por estruturas sociais que circundam o indivíduo; nessas estruturas ocorrem situações que afectam os acontecimentos no contexto que compreende a pessoa em desenvolvimento.

O macrosistema compreende as instituições gerais da cultura e da sociedade, tais como os sistemas económico e político, entre outros. As suas estruturas afectam e, de uma certa forma, regulam as possibilidades de acção no micro, meso e exosistema - sendo estes a sua expressão concreta. Este nível diz respeito, então, a atitudes/ideologias da cultura na qual o indivíduo existe.

A cultura é considerada, nesta teoria, uma qualidade do ambiente, *“que o torna específico e singular”* e pretende reunir numa mesma unidade de análise o contexto cultural (incluindo a sua historicidade e temporalidade) e processos desenvolvimentais, *“como figura e fundo em interacção”*, organizando-os e regulando-os (Santos e Bastos, 2002, p. 46).

O cronosistema refere-se aos efeitos das experiências significativas ao longo do tempo, no desenvolvimento do indivíduo. Diz respeito aos acontecimentos ambientais ao longo da vida. Está relacionado com as condições sócio-históricas referentes aos ambientes onde se move o indivíduo.

O desenvolvimento é, por conseguinte, descrito por mudanças recíprocas entre os participantes e nos diversos níveis do contexto, do mais proximal ao mais distal, de forma não linear (Brofenbrenner e Ceci, 1994, referidos por Santos e Bastos, 2002). O desenvolvimento opera-se através de mudanças ou alterações de natureza cognitiva, afectiva e sócio-ambiental que, ao longo da vida, o configuram e simultaneamente dele são resultado num processo dinâmico de adaptabilidade permanente a novos e renovados contextos e situações. Por outro lado, de acordo com Portugal (1992), *“o desenvolvimento das capacidades humanas depende, num grau bastante significativo, de contextos sociais*

mais latos, sociais e institucionais” (p. 37), sendo “ (...) *facilitado pela participação do sujeito em padrões de actividades, progressivamente mais complexas [ao longo dos anos] com alguém com quem o sujeito tenha desenvolvido uma ligação afectiva positiva*” (p. 115). Assim, o indivíduo vai desenvolvendo e aprimorando gradualmente as suas habilidades, pela produção de novidades psicológicas que são o resultado de saltos qualitativos ao longo de transições (Santos e Bastos, 2002, p. 46).

Gonçalves (2000), tomando por referência uma perspectiva construtivo-desenvolvimentarista e ecológica, entende que o conceito de desenvolvimento se pode configurar de acordo com as seguintes características definidoras: “ (...) *mudança, em sentido lato, no comportamento do organismo; pelo carácter relativamente permanente que assumem as mudanças resultantes do processo de desenvolvimento; pelo facto de que as mudanças se dão de um estado menos valorizado para um estado mais valorizado; finalmente pela circunstância de que as mudanças estão estreitamente relacionadas com a idade, ao longo da qual se vai construindo uma determinada sequência de etapas de desenvolvimento, para cuja eclosão se mostra determinante no conjunto de influências que diacronicamente se exercem sobre o indivíduo*” (Moreira, 1993, citado por Gonçalves, 2000, p. 35).

Importa, mais uma vez, salientar a centralidade do contexto que, ao ser encarado numa perspectiva sócio-construtivista como um fenómeno sócio-histórico – o sujeito percebe-o e atribui-lhe significados que podem ser modificados ao longo do tempo –, se encontra num processo de co-construção; ou seja, o sujeito afecta o ambiente à medida que está a ser afectado por ele, simultaneamente. Desta forma, indivíduo e ambiente não são instâncias isoladas, apesar de se apresentarem com entidades autónomas. O efeito do contexto deve, então, estar associado aos processos individuais de produção de novidades psicológicas, saltos qualitativos ao longo de transições que conduzem a mudança na auto-percepção e percepção do outro e que propiciam novas interacções pessoa-contexto. O sujeito adquire não só uma concepção diferente do ambiente ecológico, mas também a motivação e a aptidão para descobrir, manter ou alterar as suas propriedades (Portugal, 1992, p. 42).

Neste sentido, à medida que o indivíduo vai contactando com novos sistemas e interacções sociais no decorrer do seu ciclo de vida, torna-se necessário que se desenvolva e aprimore nas suas habilidades. O desenvolvimento da pessoa irá processar-se através das

denominadas transições ecológicas que facultam a conseqüente assimilação/manifestação de novos papéis, de modo permanente e evolutivo, ao longo de toda a vida do indivíduo (Portugal, 1992). Brofenbrenner traduz transição ecológica como “*um elemento base no processo de desenvolvimento: é ao mesmo tempo uma consequência e um instigador do processo de desenvolvimento*” (Portugal, 1992, p. 41). Ocorre sempre que existe uma interacção entre qualquer um dos contextos, uma mudança na posição do indivíduo por alteração do ambiente, dos papéis e do comportamento do indivíduo. Porém, para que o processo de desenvolvimento se torne efectivo, é necessário que essas mudanças se mantenham e evoluam ao longo do tempo e do espaço, já que os seus efeitos podem ser visíveis apenas a longo prazo.

2. ENFERMAGEM, CONTEXTOS E PRÁTICAS

Para Donahue (1985), a enfermagem é “*a mais antiga das artes e a mais jovem das profissões*”. Embora o seu objecto de atenção seja preservado desde o início da história da humanidade, o mundo da enfermagem tem conhecido rápidas e diversas mudanças. Sendo uma profissão humanista, ela requisita vários domínios de outras ciências para dar resposta ao objectivo de cuidar do indivíduo em todas as suas vertentes, tendo em conta toda a sua complexidade. É nesta perspectiva que converge o seu processo evolutivo, como procura cada vez maior da qualidade dos cuidados.

A enfermagem é detentora de um conjunto de actividades específicas, de um corpo de conhecimentos próprios e de uma linguagem característica. O desenvolvimento do saber na área da saúde, em geral, e da enfermagem, em particular, tem sido acompanhado de um conjunto de regras, normas e condições, tendo em vista a qualidade de cuidados e os ganhos em saúde. Nesta perspectiva, a sociedade exige aos enfermeiros que sejam capazes de desenvolver e mobilizar competências cada vez mais complexas, que não deixem de reflectir o respeito pelos valores e pela diversidade cultural.

Contudo, a enfermagem e os enfermeiros estão hoje a atravessar um período agitado em todas as suas áreas. É imperativo que os profissionais mantenham a sua identidade e a da profissão, de forma a garantirem a preservação da sua qualidade e autonomia. Face a isto, a formação não pode ser vista apenas como o requisito para entrar na profissão; ela é uma exigência do quotidiano, que está directamente relacionada com a carreira profissional e com os processos de mudança devendo, portanto, acontecer ao longo de toda a vida do indivíduo. Neste sentido, os sistemas onde o enfermeiro se move influenciam e são cada vez mais influenciados por ela.

Ao longo deste capítulo pretendemos abordar a enfermagem enquanto ciência, fazendo referência a domínios do seu processo de desenvolvimento, nomeadamente os seus saberes próprios, a formação e a aprendizagem, os cuidados prestados e as competências necessárias para isso.

2.1. Sobre os saberes em enfermagem

A enfermagem, tal como a conhecemos na actualidade, foi influenciada não só pelas culturas ocidentais como também por hábitos de civilizações da antiguidade.

Por exemplo, os Aztecas tentaram explicar as doenças, preocupavam-se em formular diagnósticos e utilizavam remédios que correspondem actualmente a anti-eméticos, anti-sépticos, diuréticos e sedativos. A medicina estava dividida em três ramos: a cirurgia, a farmacologia e a saúde mental. Se nos reportarmos ao contexto asiático, verificamos que também a cultura hindu valorizava a dimensão psicológica como um importante factor no controle dos males físicos. Também na Ásia, a medicina tradicional chinesa emerge com uma filosofia própria, muito rica e complexa.

Mas foi o mundo islâmico que marcou, sem dúvida, as ciências da saúde. A relação íntima que se estabelecia entre as crenças e os estilos de vida está, ainda, muito próxima do que hoje se considera saudável. Foi nas capitais do Médio Oriente (como, por exemplo, no Cairo e Bagdade) que surgiram as primeiras estruturas organizacionais semelhantes ao que hoje chamamos hospitais (enfermarias separadas por patologias, alas de doentes mentais, farmácia, cozinha, escola e administração). É curioso verificar que, na mesma época, em contexto europeu, se assistia a uma aparente estagnação em matéria de cuidados de saúde; por exemplo, enquanto em Londres existia apenas um hospital, em Bagdad haviam cerca de sessenta.

No que diz respeito à enfermagem islâmica, estando essencialmente orientada para determinados princípios religiosos, tinha em consideração factores como a intervenção comunitária, os cuidados aos pobres e indigentes, a promoção da higiene e de uma alimentação cuidada, a organização dos cuidados, recorrendo a um conjunto de atitudes, instrumentos e técnicas que ainda hoje fazem todo o sentido. Na mesma altura – Idade Média – mas na Europa, os cuidados eram, tal como no Islão, orientados por princípios religiosos e, por isso, estavam ligados à caridade, à partilha e à dádiva, representadas pela imagem da mulher consagrada. É a partir deste período que alguns autores consideram a enfermagem moderna.

Abreu (2001) faz referência, tal como Meyer em 1995, a cinco fases no processo sócio-histórico da enfermagem. A primeira fase, ou período *pré-profissional*, está intimamente relacionada com o advento do cristianismo (e das ordens religiosas), que tinha

como princípio a caridade. Essa era a motivação para a assistência prestada com base na moralidade e mais orientada para as classes desfavorecidas. Sale (2000) refere que os monges teriam que registrar os cuidados que prestavam, avaliando a sua eficiência. Também as enfermeiras civis tinham uma formação equivalente às religiosas, embora fossem pouco consideradas pela sociedade.

No mundo islâmico, Rufaidah Bint Sa'ad e Rumeysa Haram deram um contributo significativo para a profissão, valorizando a importância da formação profissional e da organização dos hospitais; era feita uma avaliação dos mesmos e a supervisão dos clínicos.

A segunda fase refere-se ao período *vocacional e disciplinar* e prolonga-se até aos anos 30 do século passado. Pode falar-se numa perspectiva de Nova Enfermagem, onde Florence Nightingale ou “A Dama da Lâmpada” como lhe chamaram mais tarde, membro de uma das famílias mais ricas de Inglaterra e detentora de uma formação exemplar em todos os domínios, é a sua principal impulsionadora (apesar de Ethel Fenwick ter tido, um pouco mais tarde, um papel também bastante decisivo na profissionalização da enfermagem, tal como refere Graça, 2000). De acordo com Atkinson (1989), Florence Nightingale evidenciou-se no cuidar de doentes vítimas da Guerra da Crimeia, introduzindo princípios como a higiene, assépsia, alimentação, hidratação e repouso como fundamentais para o tratamento de um grande número de doenças, reduzindo-se a taxa de mortalidade para 40% (Donahue, 1985). Para além disso, foi ela quem implementou as visitas médicas acompanhadas pela enfermeira e que salientou a importância das prescrições médicas feitas por escrito.

Mais tarde, em Inglaterra, Florence Nightingale introduz outros princípios que se tornam mais valias, mas desta vez a nível da formação: a formação em enfermagem deve ser tão importante como outro tipo de ensino e, portanto, financiada com dinheiros públicos; as escolas de enfermagem devem estar interligadas aos hospitais, mas ser independentes administrativa e financeiramente; os responsáveis pela formação em enfermagem devem ser enfermeiras com o curso e não outros profissionais; os estudantes de enfermagem devem viver num ambiente salutar, perto do hospital (Donahue, 1985; Atkinson, 1989). Efectivamente, ela introduz um conceito de formação científica em enfermagem, orientado para a construção do carácter, com base na obediência e devoção, atribuindo importância à relação com o meio e ao olhar o indivíduo de uma forma holística. Segundo Sale (2000), os cuidados de enfermagem eram avaliados, após a análise

de informações recolhidas nas suas observações, garantindo assim uma possível detecção e intervenção nas áreas deficitárias.

No âmbito da organização hospitalar ela também intervém de uma forma decisiva, sendo que a mudança da representação social dos hospitais influi de uma forma positiva na auto-estima dos trabalhadores (Abreu, 2001).

O terceiro período, o da enfermagem *funcional*, teve início nos anos 40 com o avanço marcado da ciência e da técnica. A enfermeira, apesar de já ser detentora de um diploma profissional é ainda vista por muitos como a “auxiliar do médico”. Surge no final dos anos 40, já nos pós-guerra, a “auxiliar de enfermagem”, um pouco devido ao crescente aumento da hospitalização pública e da falta crónica de pessoal de enfermagem diplomado (*registered nurse*) (Graça, 2000).

A enfermagem continua a ser dominada pela profissão médica, facto que se reflecte na prestação de cuidados e na administração dos serviços de enfermagem. A entrada da enfermeira detentora de um título profissional, no sistema hospitalar, não se fez sem grandes conflitos, não só com os médicos e com a administração hospitalar mas também com o pessoal de enfermagem mais antigo, que não tinha qualquer qualificação formal (as chamadas *matrons*, *sisters* ou *nurses*, em Inglaterra). A enfermagem passa a ser um pouco mais reconhecida a nível sócio-profissional graças à formação e ao reconhecimento jurídico. Começa a ter um papel interventivo na direcção dos hospitais. Nesta época, principalmente a nível da Europa, os médicos eram homens das classes média-alta e alta (*upstairs*); a enfermagem era recrutada nas mesmas classes, mas entre as mulheres; os homens e as mulheres das classes populares (*downstairs*) partilhavam as tarefas subalternas e menos nobres do trabalho hospitalar (pessoal operário e auxiliar) (Graça, 1996).

Como resultado dos contributos que Nightingale deu à enfermagem, a profissional seria aquela que, tal como sugere a etimologia da palavra inglesa (*nurse*, do francês antigo *nurrice* - a pessoa que amamenta um bebé ou que cuida de uma criança e do latim tardio *nutricia* - ama, ama seca -, que deriva do latim *nutrix* - a pessoa que alimenta, a ama), prestava os cuidados básicos ao doente.

A enfermagem era orientada por princípios Tayloristas e vocacionais, ou seja, a sua prática baseava-se na memorização e no treino de procedimentos executados sem um conhecimento profundo da sua fundamentação científica; a enfermagem praticada era por

tarefa. Existia uma aproximação clara ao modelo biomédico, sendo o eixo fundamental o tratar e o foco de atenção a doença e os seus sintomas (Abreu, 2001), talvez como reflexo da inexistência de um corpo de conhecimentos próprio. Contudo, a par com o desenvolvimento das competências técnicas, começa a haver, ainda que de uma forma um pouco implícita, um cuidar direccionado para os afectos e emoções, no qual se denota a valorização das relações interpessoais (Atkinson, 1989).

O quarto período, o da enfermagem *científica* (entre os anos 40 e 60), caracteriza-se pela influência das teorias de Mayo. A enfermagem é focalizada nas necessidades humanas básicas e orienta-se segundo uma articulação entre as ciências exactas e as ciências humanas. As práticas organizam-se segundo um trabalho em equipa baseado na busca de um constante aperfeiçoamento com vista à cientificidade e ao profissionalismo.

A última fase, a das teorias de enfermagem, prolonga-se até à actualidade. A profissão constitui-se com os seus próprios saberes e fundamentos teóricos que explicam os objectos de estudo e a diferenciam como ciência. Dá-se enfoque à diversidade de culturas, de profissões, ao humanismo, à auto-estima, à expressão pessoal e à excelência dos cuidados (Kérouac *et al*, 1996; Abreu, 2001). A prática da enfermagem passa a guiar-se por modelos conceptuais que possibilitam, em conjunto com uma dimensão reflexiva, a definição dos objectivos, das finalidades da profissão e das práticas; orientam o desenvolvimento da formação, da investigação e da gestão dos cuidados, ou seja, apontam os elementos e direcções para a formação dos enfermeiros, revelam fenómenos de interesse para a investigação, assim como actividades de cuidados passíveis de serem exploradas e as consequências que destas se esperam para a gestão das mesmas.

Precusores da elaboração de teorias em ciências de enfermagem, os modelos conceptuais oferecem uma perspectiva única, a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver os conhecimentos que utilizam na sua prática (Fawcet, citado por Kérouac *et al.*, 1996). Modelo conceptual sendo, portanto, uma imagem mental, uma maneira de representar a realidade, isto é, uma maneira de conceber a profissão (Adam, 1994).

De facto, todo este percurso nos conduz ao que hoje é uma enfermagem onde o cuidar tem como foco da prática não só a pessoa mas também os ambientes e os sistemas onde ela se move, ou seja, uma profissão integrada e integradora do mundo.

- **Sobre a enfermagem no contexto nacional**

O percurso da enfermagem em Portugal foi marcado, tal como nos outros países cristãos da Europa, pelas ordens religiosas e militares, pelo menos até à sua extinção na primeira metade do século XIX. Foram exemplo os eremitas de Santa Maria de Rocamor (na altura das cruzadas), os Jesuítas, as Irmãs da Caridade, os cónegos regulares de S. João Evangelista e a congregação dos Lóios (século XV), os Hospitalários (que, a partir do século XII terão tido como principal actividade cuidar os efermos), os Religiosos de S. João de Deus e as Misericórdias), entre outros (Graça e Henriques, 2004).

Em Portugal, o primeiro manual sobre o que se poderá relacionar com a enfermagem terá sido a “*Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*”, publicada em 1741, da autoria do Padre Frei Diogo de Santiago, religioso de S. João de Deus. Mas a enfermagem seria entendida apenas como a aplicação de medicamentos ou tratamentos prescritos por médicos não tendo, portanto, qualquer tipo de autonomia (nem pretensão para a sua reivindicação) (Graça e Henriques, 2004, p. 4). Neste livro far-se-ia referência às instruções sobre o modo de administração dos medicamentos e de realização das técnicas para restabelecer o “*humor*”.

Até esta altura pouco valor social se atribuía ao cuidar como ocupação não sendo, por isso, considerado com valor remuneratório (Abreu, 2001).

A formação dos enfermeiros e enfermeiras só foi realmente tida em conta no final do século XIX com a criação dos primeiros cursos de formação prática em enfermagem, nos hospitais de Lisboa (antigo Hospital de Todos os Santos e actual Hospital de São José), de Coimbra (Hospital da Universidade de Coimbra) e Porto (actualmente Escola Superior de Enfermagem do Porto, antiga Escola de Enfermagem D. Ana Guedes), que se iniciou em 1877, 1881 e 1886, respectivamente, que seriam os únicos com um número significativo de enfermeiros leigos no exercício e já vocacionados para o ensino em medicina (Soares, 1997). Apesar de terem sido extintos pouco tempo após o seu início, esses cursos foram “*o embrião das primeiras escolas de enfermagem*” do século XX, originadas por iniciativa dos médicos e das administrações hospitalares (Graça e Henriques, 2004, p. 6).

Na realidade, a história da profissão tal como a conhecemos hoje está profundamente relacionada com a evolução do ensino em enfermagem (Soares, 1997). A

primeira Escola Profissional de Enfermeiros surge no início do século passado, legislada pelo Decreto publicado no Diário do Governo nº 204, de 10 de Setembro de 1891, com sede no Hospital Real de S. José, sob orientação de Curry Cabral. O seu propósito seria orientar os enfermeiros na prática exigida pela ciência actual, de forma que estes pudessem cumprir as prescrições médicas e prestar cuidados de enfermagem; o curso teria a duração de um ano (Soares, 1997, p. 35). Nesta época, ao contrário do que acontecia nos outros países da Europa e Estados Unidos, a enfermagem no contexto nacional, no seu início, não era maioritariamente feminina; até cerca da década de vinte do século XX o número de homens diplomados em enfermagem seria predominante. Contudo, a partir desta altura, acompanhando a emancipação feminina e a entrada das mulheres na classe trabalhadora, o cenário começa a modificar-se. As mulheres recrutadas seriam, no entanto, dada a natureza do trabalho de enfermagem na época, de baixa escolaridade, “domésticas” ou que tinham trabalhado em actividades não qualificadas e com baixo valor remuneratório, de preferência que não fossem casadas nem viúvas com filhos, pois assim, poderiam dedicar-se quase exclusivamente à profissão e submeter-se às condições impostas pelos hospitais (Soares, 1997, p. 102).

A formação em enfermagem surge, então, desde o virar do século XIX e até ao início da década de 40, para dar resposta às exigências da organização hospitalar sendo, também, da responsabilidade dos hospitais. Desta forma, não existia uma uniformização nem mesmo qualquer tipo de documentação orientada para o estabelecer e normalizar critérios, objectivos e conteúdos da formação; a finalidade seria preparar o pessoal para auxiliar o médico em tudo o que não envolvesse decisões científicas (Soares, 1997; Abreu, 1997). Soares (1997) fala-nos na falta de profissionalização da enfermagem no contexto nacional, apontando como principais razões a formação inadequada dos prestadores, condicionantes de índole legal e legislativa, o trabalho exercido por vocação, cuja função seria auxiliar e, talvez a mais relevante, a falta de um corpo de conhecimentos.

A partir desta altura (dos anos quarenta do século passado) surgem, após a intervenção do Estado no sentido de reformar o ensino em enfermagem (com os Decreto-Lei nº 32612, de 31 de Dezembro de 1942 e nº 36219 de 1947), programas e currículos únicos para cursos com uma duração de três anos e tendo em conta um exame final a nível nacional (aprovados pela Inspeção de Assistência Social e sem intervenção das

administrações hospitalares). Entretanto, em 1949 surge o primeiro documento da carreira (Decreto-Lei nº 37418 de 18 de Maio).

O ensino prático estava a cargo dos enfermeiros mais velhos, detentores apenas de um saber experiencial e nada científico, o que punha a escolha dos currículos a cargo dos médicos. É a partir da década de 60, com a reforma de 1965, que a enfermagem começa a ganhar mais autonomia e especificidade em relação à medicina. A formação académica dos enfermeiros torna-se uma mais valia para a profissão, permitindo-lhes uma constante problematização e complexificação das suas práticas e, conseqüentemente, maior reconhecimento profissional (Soares, 1997; Belo, 2003). A crescente cientificidade dos saberes próprios da enfermagem conduz à sua descentralização do hospital e à adopção e aperfeiçoamento dos modelos de formação (Abreu, 2001), um pouco influenciados pelas orientações internacionais (nomeadamente da Organização Mundial de Saúde e do Conselho Internacional de Enfermeiros).

Acompanhando as transformações políticas e sociais resultantes da Revolução de Abril de 1975, a enfermagem ganha uma maior consolidação enquanto profissão. Tendo como influências algumas realidades internacionais, nomeadamente da União Europeia, começa-se a falar e a delinear a criação de uma Ordem Profissional. Estes foram alguns dos passos para a legitimação social da enfermagem. Da mesma forma, a definição da Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde, criada em 1979, terá contribuído para o seu crescimento enquanto profissão (Abreu, 2001).

A formação contínua começa a ter um lugar de relevo. A partir da década de 80, nomeadamente com a criação de departamentos de formação nos hospitais, nos quais os enfermeiros tinham uma intervenção activa, existe um crescendo no investimento na formação em contexto de trabalho e, conseqüentemente, uma maior valorização profissional.

Ainda nesta década, através do Decreto-Lei nº480/88 de 23 de Dezembro, a formação em enfermagem transita do nível médio para se enquadrar no sistema educativo nacional superior politécnico, sendo atribuída integralmente aos enfermeiros. As Escolas de Enfermagem passam a ser Escolas Superiores de Enfermagem, adquirindo autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica, ficando sob a tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde. O tempo de duração mínimo do curso, estabelecido pelo Decreto-Lei nº320/87 de 27 de Agosto é de três anos, garantindo o grau de bacharel. No mesmo

Decreto-Lei enunciam-se os domínios a abordar num ensino que passa a ser integrado (ensino teórico e prático), nomeadamente os Cuidados de Enfermagem, as Ciências Fundamentais, as Ciências Sociais e as valências do ensino prático obrigatório. As especialidades em enfermagem, mais desenvolvidas a partir de 1983 no Porto, Lisboa e Coimbra, conferem o grau académico de licenciado e facultam a progressão na carreira para a categoria de especialista. Mais tarde, o Curso de Licenciatura em Enfermagem, estruturado em quatro anos lectivos bi-semestrais, foi regulamentado pela Portaria nº799-D/99 de 18 de Setembro (Abreu, 2001; Belo, 2003).

Actualmente a enfermagem está vinculada à Lei de Bases da Saúde, na qual se definem alguns traços abordados na Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro) e na regulamentação da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril).

A Ordem dos Enfermeiros surge no encaço do desenvolvimento da profissão, representando o reconhecimento, por parte do poder político, da autonomia e da evolução da enfermagem no sistema de saúde português. Desta forma, são-lhe auferidos o controlo e a regulamentação do exercício profissional, dos aspectos éticos, deontológicos e disciplinares. É a Ordem dos Enfermeiros que credita a formação de enfermeiros, aspirando uma maior qualidade das práticas pelo cumprimento do Código Deontológico. Desta forma, é obrigatória a inscrição na Ordem para que se possa exercer a profissão. O objectivo é garantir e “nivelar” competências essenciais para o desenvolvimento, exercício e formação profissional, indo de encontro ao solicitado no Código Deontológico – o enfermeiro deve ser competente e deve estar sempre orientado para o seu desenvolvimento profissional.

Se nos reportarmos à carreira de enfermagem verificamos que são diferenciados níveis e categorias que se fazem corresponder a determinadas funções e, conseqüentemente, a formação adequada. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2003), aos enfermeiros portugueses compete a prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, utilizando os métodos ajustados à detecção das necessidades, ao estabelecimento das prioridades, ao planeamento das acções, favorecendo um clima e implicação mútua, registando e avaliando os resultados tendo em conta os factores de influência. Ao enfermeiro com formação especializada compete, também, a prestação de cuidados mais específicos e diferenciados e a reavaliação da situação da

pessoa/família/comunidade de acordo com os indicadores da sua área de especialização; deve, ainda, contribuir para a formação dos alunos e dos profissionais. Para além do enfermeiro especialista existe, também, a categoria de enfermeiro chefe; desde o início da carreira esta figura é consignada como o enfermeiro detentor de competências de orientação, gestão e fiscalização do serviço de enfermagem. Mais tarde, com as crescentes necessidades a nível da gestão e da formação, surge o enfermeiro supervisor, que acompanha não um mas vários serviços.

Actualmente a enfermagem é uma profissão reconhecida socialmente, distinta de todas as outras que coexistem no Sistema Nacional de Saúde, sendo regulamentada pelo REPE (Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros) – Decreto-Lei nº124/98 de 12 de Agosto. Este documento jurídico surge como resposta à crescente cientificidade e complexificação do trabalho em enfermagem. Nele são descritos os conceitos de profissão de enfermagem, do enfermeiro como profissional habilitado, de enfermeiro especialista e dos cuidados de enfermagem. Caracterizam-se, também, as intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes. Faz-se referência aos níveis e categorias e respectivos conteúdos funcionais da profissão, nomeadamente a nível da prestação de cuidados, da gestão e da assessoria. Constitui-se, assim, como mais uma das marcas evolutivas da profissão, que veio permitir o reconhecimento do papel e do estatuto dos enfermeiros nos domínios da qualidade e da eficácia/eficiência na prestação de cuidados.

Não pretendemos fazer uma análise deste documento a todos os níveis; apesar de aprofundarmos a temática posteriormente, achamos pertinente centrar-nos na formação (e consequente desenvolvimento profissional), que se apresenta com uma maior pertinência para o nosso estudo. Neste domínio, cada profissional é responsável pelo seu percurso, embora a formação contínua nas instituições esteja sob a orientação do enfermeiro especialista, com a avaliação do enfermeiro chefe e gerida pelo enfermeiro supervisor.

A evolução da sociedade e o aumento das suas exigências no que diz respeito ao domínio dos cuidados de saúde implicam uma maior necessidade de profissionais detentores de competências e qualificações capazes de dar respostas adequadas. Como profissional de saúde, o enfermeiro deve ser capaz de implementar todas as intervenções que decorrem na saúde e bem-estar da população. Para além disso, o ensino, o

enquadramento e o acompanhamento de alunos e “novos” profissionais são também papéis importantes que devem ser assumidos por qualquer enfermeiro.

- **Sobre o cuidar em enfermagem**

Actualmente são várias as concepções do cuidar que, nalguns casos, estão impregnadas de contrastes e contradições (Smith, 1992 citado por Kérouac *et al.*, 1996). Alguns antropologistas defendem que toda a nossa sobrevivência é pautada pela necessidade de cuidar, sendo este um dos mais antigos e universais atributos da cultura humana (Montgomery, 1993).

No contexto específico da enfermagem verifica-se, também, uma panóplia de ideias e definições sobre o cuidar. Os modelos podem ser tomados como exemplo: todos eles, apesar de terem um fundamento comum ou de estarem interligados, podem ser algo divergentes no que a tal diz respeito. Neste âmbito referimo-nos a um artigo de McKenna (1994), no qual nos iremos basear relativamente à reflexão sobre o cuidar, onde faz um inventário de diversas perspectivas sobre o tema, reportando-se a alguns autores:

- MacFarlane (1976) sugere que a enfermagem é “*essencialmente, sin  nimo de cuidados*”, os quais não podem ser dissociados de actividades práticas como a assistência, a ajuda e o serviço;

- Leininger (1977) estudou 30 culturas diferentes e identificou variações nas suas crenças e sistemas de valores que influenciavam a prática de cuidados. A autora considera os cuidados “*a essência de enfermagem*” e faz a distinção entre conceitos como cuidar, preocupação e cuidados profissionais de enfermagem. Contudo, admite a dificuldade – e a importância – da definição de uma perspectiva e de um conceito único do cuidar (Leininger, 1984, 1986).

- Griffin (1983) analisou os cuidados sob uma perspectiva filosófica, identificando dois aspectos complementares ao conceito: “*actividades*” e “*atitudes e sentimentos*”. Foram identificadas actividades como assistir, ajudar e apoiar que, de acordo com o autor, são podem entrar no domínio do cuidar se atendermos   forma como são prestados, sendo que cada profissional orienta a sua prática com base nas suas percepções do contexto e no julgamento que faz sobre as necessidades do doente num preciso momento. Fala-nos, também, na importância da maturidade do enfermeiro como factor decisivo para a

centralização da acção nas necessidades do outro e não em si próprio. Considera que *“gostar não é um elemento emocional essencial dos cuidados, dado que os enfermeiros conseguem preocupar-se por dever, não por emoção”* e defende que os profissionais de enfermagem são privilegiados por participar numa relação de cuidar, sugerindo que as vantagens desta relação podem ser recíprocas. Descreve alguns benefícios inesperados como *“poderes de percepção aumentados”* e um *“sentimento aumentado de valor pessoal”* (p. 3).

- Ungersam (1983) considera que “preocupar-se” é sinónimo de sentimentos, enquanto o “cuidar” pressupõe actividades que são desempenhadas.

- Gaut (1986) identifica o “respeito” como essencial na relação de cuidados. Segundo o autor, os cuidados focam-se na pessoa de forma integral e não apenas nas suas necessidades. O cuidar é um acto humano intencional e, por isso, o respeito é a base de todas as trocas de cuidados.

- Ray (1989) estudou os cuidados centrados no contexto organizacional ou burocrático e encontrou diferenças consonantes com o papel e as posições dos indivíduos. Brenner e Wrubel (1989) amplificam o conceito de cuidar não o restringindo apenas a uma disciplina ou profissão.

- Morse e Col (1991) examinaram comparativamente o trabalho de 23 teóricas, identificando 5 conceptualizações diferentes de cuidados de enfermagem. Alguns teóricos têm como pressuposto que os cuidados são uma “característica humana”, ou seja, são uma componente essencial do ser humano, comum e inerente a todos os povos, enquanto outros os relacionam com valores éticos, considerando-os um “imperativo moral” relacionado com a manutenção da dignidade e do respeito pelos utentes como pessoas. Foram ainda associados a conceitos como o afecto, sendo mesmo descritos como uma emoção ou sentimento de compaixão, como “interacção pessoal” e “intervenção terapêutica” em que as acções desempenhadas pelos profissionais estão orientadas para a satisfação das necessidades do utente. Com base nesta análise Morse (1992), defende que o cuidar como conceito não implica a essência da prática da enfermagem e propõe que o objectivo da enfermagem seja proporcionar “conforto”. Argumenta que o cuidar não fornece o enquadramento para os actos de enfermagem, ou seja, os enfermeiros podem prestar um serviço competente sem cuidarem, e cuidarem sem serem competentes. O conforto é definido como *“um estado de bem-estar que ocorre a qualquer altura no continuum*

saúde/doença". Deixa transparecer, assim, uma "etiqueta" mais apropriada para descrever o resultado da intervenção terapêutica da enfermagem, dado que considera tanto a dimensão fisiológica como a psicológica. No entanto, a própria autora identifica, mais tarde, duas lacunas no que teria defendido: a prestação de conforto deixa implícita a passividade do doente e, apesar do resultado a longo prazo ser a obtenção de conforto, algumas intervenções de enfermagem podem, a curto prazo, causar desconforto.

Não há, portanto, consenso quanto à natureza e definição do conceito de cuidados. Algumas pesquisas demonstram, inclusivamente, que as percepções de enfermeiros e de doentes, enquanto prestadores e receptores de cuidados, revelam pontos de vista igualmente diferentes e opostos. Até agora não existe uma explicação única e exaustiva que englobe as diferentes percepções que os intervenientes no processo terapêutico têm dos comportamentos do cuidar em enfermagem, embora diferentes autores procurem dar algumas explicações parciais. McKenna (1994), conclui que os enfermeiros enfatizam comportamentos conducentes à confiança e ao conforto e que os doentes privilegiam aqueles que estão relacionados com competência e cuidados físicos. Dá-nos, também, algumas perspectivas sobre o que pensa ser significativo: a capacidade para desempenhar actividades de enfermagem de forma segura e competente é essencial ao enfermeiro, mas são as atitudes e emoções que temos perante elas que estabelecem a diferença entre o desempenho de tarefas de enfermagem e a prestação de cuidados de enfermagem integrais.

Historicamente, a prática de enfermagem foi dominada pelo modelo médico. Este modelo, que tem servido de base à prática de cuidados, deu-nos alguns alicerces, tais como os conhecimentos concretos, uma excessiva parcialização e disciplinarização do saber científico. Hoje, no entanto, esse quadro de referência tem sido sistematicamente abandonado, implicando necessariamente que os cuidados de enfermagem não se baseiem no modelo positivista reducionista mas sejam integrados num quadro fenomenológico (Valeriano, 1990) que os faça holísticos, globais e interactivos e baseados em influências recíprocas.

Para Jean Watson, o cuidar é um ideal moral na enfermagem, sendo um caminho para a dignidade e o crescimento do "eu" e, conseqüentemente, para a preservação da humanidade (Jean Watson, 1989 citada por McKenna, 1994). Refere-se, ainda, à mudança que ocorre na pessoa que é cuidada, pondo a tónica na sua capacidade de mudar. Esta autora acredita que os vectores de mudança não são factores exteriores ao doente, como o

médico, o enfermeiro, a medicação ou até mesmo a tecnologia, mas sim os mecanismos pessoais, mentais e espirituais que a suportam. Neste sentido, a profissão de enfermagem baseia-se numa ajuda sustentada em valores que se relacionam com formas especiais de estar, de ser, de conhecer e de fazer; é com base nelas que a qualidade do cuidar é, em grande parte, invisível, difícil de quantificar e se torna mais notória quando ausente do que quando presente.

Na sua essência, o cuidar é um modo de ser, um estado de responsabilidade para com o outro (Montgomery, 1993). É algo que transcende o corpo e a mente, é um todo integrado que permite ao enfermeiro estabelecer a relação com o cliente. Porque cuidar requer envolvimento pessoal, sendo a antítese da separação, do desprendimento ou da apatia, já que são as emoções que possibilitam esta conexão e o envolvimento.

2.2. Formação contínua em enfermagem: que trajectórias?

O conceito de formação, nas suas várias dimensões, é tão divergente como a sua história; para uns, ela é um fenómeno recente enquanto que para outros ela remonta a tempos mais recuados.

Efectivamente, o seu percurso tem sido consequência das exigências impostas pelas políticas vigentes e pelo desenvolvimento dos saberes e da profissão de enfermagem, da medicina e de toda a tecnologia que as acompanha. O paradigma baseado no racionalismo técnico, da educação profissionalizante, foi dando lugar ao do racionalismo crítico, aquele que se refere à valorização das boas práticas profissionais. A diferença no domínio da sua racionalidade não implica a sobreposição de um pelo outro. Tal como considera Sá-Chaves (2000), estes paradigmas não são opostos; pelo contrário, eles têm aspectos comuns e complementam-se.

Apesar de sempre ter existido na profissão de enfermagem, a sua uniformização em Portugal, tal como referido anteriormente, só foi possível a partir do Decreto-Lei 437/91 de 8/11 (capítulo VIII), do Ministério da Saúde, relativo à carreira de enfermagem, passados quase dez anos da primeira regulamentação da mesma. Este Decreto-Lei nasce, tal como se diz no mesmo, pela evolução da profissão, nomeadamente pela necessidade de incentivar e facilitar as mudanças efectivas ao nível do exercício a que devem conduzir a “*integração*

do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a entrada em funcionamento do curso superior de enfermagem e a previsão do início dos cursos superiores especializados". Desta forma, e inevitavelmente, faz-se uma alusão objectiva à formação contínua. Mencionamos alguns pontos aí determinados que achamos mais relevantes para o nosso trabalho:

- *“As estruturas de formação dos estabelecimentos ou serviços prestadores de cuidados devem assegurar a formação contínua dos enfermeiros”*;
- *“Os enfermeiros têm direito à utilização de um período correspondente a quarenta e duas horas por ano, em comissão gratuita de serviço, para efeitos de actualização e aperfeiçoamento profissional, mediante despacho do respectivo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço”*;
- *“Poderá o órgão de gestão do estabelecimento ou serviço, para os efeitos previstos anteriormente, autorizar comissões gratuitas de serviço por períodos que ultrapassem as quarenta e duas horas anuais, quando daí resultem benefícios para a instituição”*;
- *“Depois de cada triénio de serviço efectivo, os assessores técnicos de enfermagem, os assessores técnicos regionais de enfermagem, os enfermeiros-supervisores, os enfermeiros-chefes e os enfermeiros especialistas poderão ser dispensados da prestação do seu trabalho normal, sem qualquer perda de direitos ou regalias, durante um período nunca superior a seis meses, seguidos ou interpolados, para efeitos de actualização científica e técnica”*;
- *“Consideram-se para efeitos de actualização científica e técnica, nomeadamente, a realização de trabalhos de investigação e estágios não integrados em planos de cursos de enfermagem ou de qualquer outro curso”*;
- *“O enfermeiro compromete-se a, terminado o período de dispensa, apresentar, no prazo de 60 dias, o relatório da actividade desenvolvida ou cópia do trabalho de investigação realizado”* (Portugal, Ministério da Saúde, Decreto-Lei 437/91 de 8/11).

Apesar de se considerar, de uma forma mais ou menos explícita, todas as vertentes da formação dos enfermeiros, existe uma que será, sem dúvida, das mais significativas. A formação em serviço, também legislada no mesmo Decreto-Lei, começa a ser valorizada pelos profissionais, tendo como principal objectivo a *“satisfação das necessidades de*

formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objectivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo” (Dec-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro). Contudo, o seu desenvolvimento e execução prática nem sempre foram fáceis, tendo levantado algumas controvérsias. Alguns defendiam que ela deveria ser feita apenas por especialistas na matéria; outros, mais liberais, achavam que ela deveria ser simplesmente implementada e, consoante as experiências, corrigida, se necessário; outros, ainda, não achavam nenhuns benefícios práticos e, portanto, o melhor seria não a fazer. Fonseca (s.d.) adopta a segunda posição e dá relevância ao nº 7 do artigo 64º sobre a articulação DEP/serviço: *“o trabalho desenvolvido no âmbito da formação em serviço em cada unidade deve ser planeado, programado e avaliado de forma coordenada com a estrutura de formação do respectivo estabelecimento ou serviço...”*. O autor conclui, num estudo no âmbito desta temática, que é importante detectar as necessidades, observando a prestação de cuidados, realizando reuniões de serviço e com a enfermeira chefe, ouvindo as passagens de turno, passando questionários/formulários, tomando contacto com a estatística dos doentes internados e com a avaliação do desempenho/relatórios críticos. Para o autor, a formação em serviço só terá significado se existir uma mudança efectiva de mentalidades a nível prático.

A propósito da formalização dos momentos de formação nos locais de trabalho, Abreu (1994) e Costa (1997) consideram que não é vantajoso encarar o processo como um investimento material no capital humano; deve-se, no entanto, olhar para a formação (inclusivamente a não formal) não apenas através dos objectivos organizacionais mas como um meio de aproximação dos objectivos do indivíduo e interesses das organizações (efectivamente, ela surge como um espaço de análise, discussão e problematização das equipas).

Realçamos a importância da singularidade dos cuidados prestados em cada contexto; tal significa que os problemas com que se deparam os enfermeiros, na sua prática, são também únicos. Por conseguinte, achamos que a sua resolução deve ser baseada na criação de dispositivos formais e informais que considerem não só a natureza dos locais de trabalho e as suas características como também a cultura da organização onde está inserido. Só assim se poderá garantir a mudança e, conseqüentemente, uma melhoria efectiva das práticas pela formação.

Em consonância com esta perspectiva está Botelho (s.d.), que identifica como o principal objectivo da formação profissional contínua garantir um nível máximo dos cuidados. Tal como Botelho, também Fonseca (s.d.) faz uma alusão a outros objectivos gerais (não esquecendo, porém, os específicos, que serão delineados em função da situação potenciadora), que se impõem sempre que a formação ocorre: melhorar os cuidados de enfermagem, contribuir para a optimização dos recursos humanos, contribuir para a mudança de atitudes e comportamentos e, conseqüentemente, para a implementação de novos métodos de trabalho, satisfazer as necessidades de formação dos enfermeiros, promover o desenvolvimento de novas capacidades e competências e o desenvolvimento social da profissão. Hogston (1995) salienta, ainda, que a formação deve contribuir para o enfermeiro sentir mais segurança, para o motivar a continuar a sua formação, fornecendo assim novos desafios à prática de enfermagem (Botelho, s.d.).

A formação deve emergir dos momentos de reflexão e dos debates sobre problemas do dia a dia nos contextos da prática, tendo como consequência uma maior coesão da equipa e a melhoria dos cuidados de enfermagem. Collière (1989) considera a unidade de cuidados um local privilegiado onde se pode mobilizar e repensar o conhecimento pela conjugação entre reflexão e acção. Sá-Chaves (1997) faz alusão à implicação da reflexão no processo da acção, considerando-a determinante no crescimento pessoal e profissional. Realçamos, portanto, a importância da organização da formação profissional contínua em função dos problemas concretos da prática e, na medida do possível, num contexto multidisciplinar.

A valorização de uma dinâmica efectiva entre os diversos membros da equipa de saúde tem como consequência o desenvolvimento de competências comuns (nomeadamente entre enfermeiros e médicos), que se poderão difundir e formalizar com base nos momentos de formação. A este propósito Costa (1997, p. 15) considera que *“formar na área da saúde é construir dinâmicas interactivas de espaços, de tempos, e de modos de relação entre instituições: Hospitais, Escolas, Centros e Saúde, Universidades, Autarquias... [ajudando a proporcionar] um sistema de saúde mais justo e equitativo, capaz de responder às necessidades de saúde da população”*.

Dá-se visibilidade as novas práticas profissionais, quer individuais, quer colectivas, que se traduzem em mudanças estimuladas pela formação. Podemos falar, portanto, numa interacção entre formação e práticas, na qual o contexto (onde se evidencia a organização

dos cuidados e a sua influencia no papel que assume o profissional) e a implicação pessoal se pretendem conjugar, consubstanciando uma interligação entre o saber e a qualidade de quem sabe (Costa, 1997).

Alguns autores debruçaram-se sobre as motivações dos enfermeiros para a formação contínua. Ferreira (1990) encontrou quatro motivos principais: melhorar o desempenho profissional, actualizar conhecimentos, desenvolver competências e valorização profissional. Botelho (s.d.), reportando-se a um estudo por ele elaborado em 1993, encontrou as seguintes justificações: as crescentes exigências por parte dos utentes conduzem à procura de um nível de qualidade dos cuidados mais elevado através da formação; a evolução tecnológica; enfermeiros recém-formados; preparação recebida na formação inicial insuficiente.

Mas, apesar de todos os esforços direccionados para este domínio, os enfermeiros ainda têm uma visão da formação profissional contínua, tal como ela tem vindo a ser realizada, um pouco diferente da que seria a ideal. No estudo supracitado de Ferreira (1990), que abrange também a percepção dos enfermeiros sobre a formação contínua, metade da população considera que o processo tem uma influência moderada no desempenho profissional e 61% dos enfermeiros consideram estar insatisfeitos com a formação realizada. Tal como este autor, também Botelho (1993) verificou que os enfermeiros deram mais relevância às actividades de autoformação e aos conhecimentos resultantes da prestação de cuidados do que às acções realizadas por formadores quer no local de trabalho, quer fora dele (Botelho, s.d.).

Achamos essencial que os dispositivos de formação dos enfermeiros estejam orientados para uma adequada articulação entre momentos de formação e momentos de trabalho, englobando todas as dimensões inerentes ao sucesso da aprendizagem dos profissionais, com vista à excelência da prática do cuidar em enfermagem. Portanto, pretende-se uma formação contínua interligada com a formação inicial, que possibilite:

- a aproximação crescente e conhecimento dos ambientes ecológicos referentes aos contextos;
- o desenvolvimento de competências polifuncionais capazes de dar resposta às inovações tecnológicas e à visão global de todos os sistemas onde está inserido o indivíduo;

- o desenvolvimento de competências de terceira dimensão (relacionais e transformativas) que possam facilitar o processo de mudança, a valorização da experiência como facilitadora de aprendizagem pela sua articulação com os momentos formais, não formais e informais;
- a valorização da reflexão como facilitador da análise das práticas e da sua evolução;
- a construção de projectos comuns com base na aproximação e no respeito na multiprofissionalidade;
- advogar e argumentar, junto da comunidade e do poder político, um sistema de saúde melhor;
- o desenvolvimento das capacidades de aprendizagem e, conseqüentemente, das reflexões sobre si e o seu estilo de aprendizagem;
- a construção de relações interactivas entre diversas instituições (não só da área da saúde) com o objectivo de prestar cuidados de elevada qualidade a toda a comunidade (Abreu, 1994).

Face à realidade institucional e sócio-económica do País, devemos comprometer-nos a olhar para a formação contínua dos profissionais de saúde como um processo sistémico que conduz ao desenvolvimento organizacional (orientada para o crescimento e desenvolvimento pessoal dos profissionais e para a mudança da organização), integrado e integrador (incluído no plano de desenvolvimento organizacional e, simultaneamente, catalisador do mesmo), auto-formativo (com disponibilização de meios para processos individuais de formação), descentralizado (tendo em conta as realidades e contextos onde se movem os profissionais, dando relevância à formação em exercício), decorrente de um processo de formação-acção (onde os profissionais fazem uma pesquisa nos locais de trabalho, se formam para depois passar à acção) e em permanente avaliação (avaliação do efeito da formação através dos resultados e introdução de medidas correctivas) (*op. cit.*). O autor foca uma das principais vertentes da qualidade da formação: o papel da avaliação no aprofundamento do sentido e como meio para a garantia da sua credibilidade.

Só assim a formação contínua deixará de ser encarada como uma “faca de dois gumes”: capaz de provocar sentimentos desagradáveis (perda de auto-estima, abandono e desinteresse, sensação de tempo perdido e stress) naqueles a quem não satisfaz as motivações e interesses profissionais ou, por outro lado, melhorar a qualidade dos

cuidados, o interesse do enfermeiro e a aquisição e desenvolvimento de competências (Olivan, Rufo *et al* referidos por Botelho, s.d.).

Os profissionais de enfermagem devem ter consciência que este é um processo fulcral para o seu desenvolvimento enquanto profissionais e pessoas, que tem que ser olhado não apenas como um direito mas também como um dever. É necessário inventar e valorizar novos caminhos de formar, capazes de induzir uma profissionalidade renovada (Correia, 2002).

2.3. Competências e contextos de saúde/doença

“Cabe a cada indivíduo construir e definir as suas competências.

Tem de saber usar os seus recursos”

Hesbeen (2001, p. 73)

Como já tivemos oportunidade de mencionar, a profissão de enfermagem entrou neste século detentora de um processo evolutivo considerável a nível da formação, demarcando-se do ascendente médico, adquirindo uma formação superior e sustentando a sua prática em estudos de investigação.

No contexto nacional o processo traduz-se fundamentalmente pela integração no ensino superior e formação de base para o nível da licenciatura; possui o REPE que regulamenta o exercício profissional, a Ordem dos Enfermeiros que é responsável pelo desenvolvimento, regulamentação e controlo da formação e do exercício profissional; existem diversas associações profissionais e sindicatos cujo objectivo é defender os interesses dos seus associados.

Face a isto, tanto a população como os próprios enfermeiros exigem que sejam prestados cuidados cada vez mais de excelência. Importa, pois, ter em conta alguns aspectos formais da regulação do exercício profissional dos enfermeiros, dos quais destacamos os referidos no artigo 8º - Exercício profissional dos enfermeiros:

“1- No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos.

2- *O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.*

3- *Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotado de idêntico nível de dignidade e autonomia o exercício profissional”* (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 6-7).

Para isso, os enfermeiros têm que ser mais qualificados e competentes. Mas ser qualificado não significa que se é competente, e vice-versa. Efectivamente, existem diferenças entre os dois conceitos.

Canário (1999) refere-se à qualificação como um termo que está directamente relacionado com a obtenção de graus e títulos, certificados e diplomas, obtidos no percurso de formação formal, que comprovam a capacidade de alguém para desempenhar funções específicas. Portanto, ter uma qualificação não é sinónimo de ser competente. Enquanto as qualificações dizem respeito essencialmente à formação formal, as competências vão-se construindo ao longo da vida.

Para Pires (1995), as competências são o conjunto de saberes ligados à formação inicial de base e à experiência, adquiridas empiricamente e de forma não sistematizada ao longo do tempo, que se manifestam em situações concretas de trabalho. Sveiby (1997) citado por Bemfica e Borges (1999) utiliza o termo atribuindo-lhe um significado algo abrangente. Para os autores, a *“competência não seria passível de ser copiada, mas sim transferida pela prática”* e *“cada indivíduo desenvolveria a sua própria competência com treinamento e pelas suas práticas”* (p. 235). Na sua óptica, seriam cinco os elementos constituintes:

- **conhecimento explícito** – conhecimento dos factos, adquirido essencialmente pela educação formal;
- **habilidade** – a arte de saber fazer, que envolve a proficiência prática e que é adquirida através dela e do treino;
- **experiência** – que decorre da reflexão sobre a acção;
- **juízos de valor** – percepções consideradas correctas e que actuam como filtros “conscientes e inconscientes” no processo de saber individual;
- **rede social** – constituída pelas relações com os outros no interior de um ambiente e de uma cultura transmitidos pela tradição.

Mais do que saber, saber fazer ou saber ser, um indivíduo é competente se possuir uma característica que lhe permite tornar a qualificação eficiente e actualizá-la face a uma determinada situação de trabalho.

A noção de contexto de trabalho como local privilegiado da aprendizagem ressalta mais uma vez; é aí que os saberes formalizados se confrontam com a prática e que os saberes práticos se formalizam com base numa transacção, constante e inacabada, entre essa, situação de trabalho e instituição. Costa (1997), reportando-se a Malglaive, fala-nos num ciclo recursivo onde se articulam o momento de fazer (saber investido na acção) e o momento cognitivo (o que já é conhecido na prática (re)elabora-se a um nível superior de formação). No decorrer deste ciclo, *“o tempo e a forma reportam-nos às incertezas da prática que resistem à rotina e às qualidades do profissional que se implicam na forma como executa”* (p. 10).

A nível da profissão de enfermagem, as competências necessárias para o seu exercício são *“mais amplas do que as competências exclusivamente técnicas”* sendo, por isso, útil a sua identificação (Costa, 1997, p. 10). Correia (1993), referido pela mesma autora, classifica-as da seguinte forma: as de domínio técnico-científico (onde se dá importância à relação com o instrumento de trabalho) e as de domínio sócio-relacional (que incidem na relação com os outros agentes de trabalho). Evoca competências específicas, tais como:

- *“profissionais – onde o agir mobiliza saberes técnicos e da experiência em processos indutivos;*
- *técnicas – mais relacionadas com o ensino formalizado: ciência e técnica;*
- *polifuncionais – como capacidade de intervir em actividades com finalidades diferenciadas”* (Costa, 1997, p. 11).

O enfermeiro competente é aquele que, na mutabilidade e imprevisibilidade do contexto de trabalho, sabe agir; e, para isso acontecer, tem a consciência da necessidade de aprender ao longo de toda a vida.

Martinho (2004), num estudo multicaseos em contexto psiquiátrico e de saúde mental, agrupa as competências que todos os enfermeiros devem possuir:

- competências profissionais ou conhecimentos de base, adquiridos principalmente nos sistemas formais de formação e educação;

- competências técnicas, que podem ser adquiridas quer nos sistemas educativos quer nas organizações, estando directamente associadas à profissão;
- competências pessoais, como a capacidade de aprendizagem e de adaptação à mudança, flexibilidade e polivalência funcional;
- competências relacionais, ou seja, do domínio das relações interpessoais e dos processos psicossociais envolvidos no funcionamento dos grupos e das equipas;
- competências do contexto, que se caracterizam por não existirem por si só, estando por isso situadas em relação a um problema particular, num contexto específico.

Machado (2000, p. 22) considera que um enfermeiro competente no século XXI deve demonstrar “*capacidade de comunicação, de trabalho em equipa, de autonomia, de responsabilidade, de decisão, de criatividade, de animação de grupos, de liderança, de trabalhar por projectos, de assumir riscos, de garantir resultados (...) [de se adaptar] a novos contextos que vão ser necessariamente diferentes dos contextos em que desempenhamos as nossas funções hoje*”. O enfermeiro competente deve exercer plenamente a cidadania; como um dos actores mais importantes na área da saúde, deve ser capaz de tornar visível o seu trabalho, mostrando os ganhos em saúde resultantes das suas intervenções autónomas.

Como resposta aos desafios impostos pela sociedade de hoje, nomeadamente no que concerne à evolução científica e tecnológica e à globalização, exige-se uma (re)adaptação contínua das competências, uma aprendizagem ao longo da vida e uma capacidade de desenvolver, transformar e transmitir novos conhecimentos, de os valorizar através das tecnologias da informação e da comunicação.

Machado (2000) destaca como desafios que se colocam aos enfermeiros, os seguintes:

- **A sociedade de informação** – uma competência fundamental do enfermeiro é o domínio das novas tecnologias, quer para a sua formação contínua, quer para a comunicação com os seus pares, outros profissionais e até com os utentes.
- **Alteração do cenário dos cuidados** – as alterações demográficas, o aparecimento constante de equipamentos cada vez mais sofisticados e a especialização dos

profissionais de saúde conduzem à criação de hospitais de agudos onde o doente permanece durante o menor tempo possível. Torna-se necessária a articulação entre hospital e comunidade, sendo a prestação de cuidados centrada na família/comunidade. Aos enfermeiros exige-se a capacidade de prestar cuidados em conjunto com as pessoas e grupos inseridos na comunidade, no seu ambiente, na medida em que o hospital será uma experiência curta e transitória na vida dos utentes.

- **Orientação para a prática na comunidade** – o enfermeiro, ao intervir de uma forma mais efectiva na comunidade, vai ser mais autónomo, polivalente e flexível. Em conjunto com outros membros da equipa interdisciplinar, irá proporcionar aos clientes cuidados holísticos e integrados, centrados no indivíduo e na família, onde será privilegiada a avaliação das necessidades e o direito à decisão informada.
- **Novos problemas de saúde** – o envelhecimento da população, as doenças crónicas, as doenças relacionadas com os estilos de vida, a SIDA/HIV, a toxicodependência, a exclusão social e a multiculturalidade são alguns dos problemas que subsistem na nossa sociedade. Para delinear e planear a sua intervenção, o enfermeiro tem que adquirir conhecimentos e competências sobre estas problemáticas, planeando novas intervenções que possam responder às necessidades da população.
- **Os direitos e os deveres dos cidadãos** – o enfermeiro deve ter sempre em consideração a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e o Código Deontológico dos Enfermeiros – Decreto Lei nº 104/98 de 21 de Abril.
- **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)** – com o objectivo de proporcionar uma descrição da prática de enfermagem e das suas contribuições para a saúde, o ICNP (*International Council of Nursing Practice*) propôs a elaboração de um instrumento indispensável em todos os domínios da prática de enfermagem. A CIPE vem dar resposta à necessidade de uniformização dos sistemas de classificação para o cuidar em enfermagem, dos sistemas de controlo de informações e do conjunto de dados sobre enfermagem. A nível nacional, existe já a versão traduzida Beta 2 e inicia-se a introdução duma outra versão readaptada.
- **Qualidade** – “na senda da excelência do cuidar em enfermagem” os enfermeiros devem ter em conta, na sua prática, não só as bases científicas para a justificarem como também uma auto reflexão crítica sobre as suas experiências e as dos outros.

- **Bioética** – apesar das constantes e desenfreadas inovações no domínio técnico da medicina é importante não esquecer o humanismo. Independentemente dos dilemas éticos com que se vai deparando, a intervenção dos enfermeiros tem que valorizar a relação interpessoal e a individualidade de cada ser humano.

A Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o Conselho de Enfermagem, contribuiu de forma indelével para a acreditação da formação graduada e pós graduada e para a certificação de competências do enfermeiro de cuidados gerais capazes de dar resposta a estes desafios. Neste sentido, realizou um estudo a nível nacional, que teve início em 2001, onde foi feita a análise de literatura sobre o tema, a elaboração de documentos de trabalho que tiveram por base os resultados de workshops realizados pelo país e a utilização da técnica Delphi. Foi aprovada a seguinte definição de competências do enfermeiro de cuidados gerais: “*A competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 16). Os domínios que elas abrangem são três: a prática profissional, ética e legal (responsabilidade, prática segundo a ética, prática legal), a prestação e gestão dos cuidados (prestação de cuidados – promoção da saúde, colheita de dados, planeamento, execução, avaliação, comunicação e relações interpessoais – e gestão de cuidados – ambiente seguro, cuidados de saúde interprofissionais, delegação e supervisão) e o desenvolvimento profissional (valorização profissional, melhoria da qualidade e formação contínua).

Assumimos que, no âmbito da enfermagem, para se ser competente, mais do que ter um ou muitos diplomas, mais do que não ter ou ter muitos graus académicos, é preciso mobilizar as qualidades pessoais, experiências, conhecimento, saberes-fazer, novas tecnologias de informação, ou seja, é fazer tudo para fazer melhor.

2.4. Aprendizagem em contexto clínico

Abreu (2003), fazendo alusão a Ferry (1987) e a Hart e Rotem (1995), fala na aprendizagem em contexto clínico como um caminho para o conhecimento de si que se caracteriza por factores como a autonomia e reconhecimento, a clareza do papel a

desempenhar, a satisfação profissional, o suporte dos pares, as oportunidades de aprendizagem e a qualidade da supervisão.

Na realidade, podemos dizer que a natureza dos processos formativos se relacionam intimamente e se podem descrever de acordo com o contexto clínico em questão.

Sendo a enfermagem uma profissão com uma forte componente prática, torna-se necessário, para que exista uma melhor definição do seu foco de atenção, das estratégias e meios a utilizar e para uma gestão e organização mais eficazes das práticas, que se adopte um determinado modelo conceptual. É neste sentido que falamos no processo de enfermagem que, ao contrário do que acontece muitas vezes na prática, não pode ser olhado como uma dificuldade no exercício profissional. Tal como considera Hesbeen (2001), o processo de enfermagem permite aos enfermeiros a definição e implementação das intervenções de acordo com uma metodologia científica e à enfermagem o acompanhamento do progresso e da evolução de meios e de outros saberes.

A rapidez com que se produzem alguns conhecimentos no âmbito da enfermagem exige uma preocupação crescente com o desenvolvimento de estratégias capazes de promover a actualização dos profissionais. Contudo, a relação entre os percursos de formação dos enfermeiros e as suas práticas clínicas deve ser sempre uma constante onde um não se sobrepõe ao outro (Hesbeen, 2001). Esta é uma relação por vezes difícil face a algumas condicionantes da prática, inerentes não só a fenómenos de desenvolvimento organizacional e legal e de reconhecimento social dentro e fora da profissão, mas também devido à falta de apoio emocional e de estratégias de incentivo à reflexão das práticas.

O carácter científico da enfermagem exige não só o domínio de um conjunto de saberes teóricos mas também da sua mobilização para a prática clínica. A este respeito Abreu (2001, p. 304), considera *“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”*. Esta é, realmente, uma dinâmica necessária para o desenvolvimento do profissional e da profissão, onde se valoriza a formação e o contexto sócio-cultural onde ela ocorre. A pertinência dada ao meio e à formação que lá ocorre é justificada, pelo mesmo autor, pelo facto de ser aí que se *“desenham os principais quadros de inteligibilidade que estão na base do processo de construção social da profissão”* (Abreu, 2001, p. 304).

No domínio da aprendizagem, Canário (2001) faz alusão a algumas investigações que enfatizam importância das aprendizagens em contexto clínico, nomeadamente aquelas que ocorrem entre pares. Neste sentido, preconiza-se um modelo de formação centrado no indivíduo, que promova a integração vivencial das influências exercidas pelo contexto onde ele se move, reflectindo o seu percurso experiencial. Pretende-se, assim, que o profissional se forme e se desenvolva num clima de valorização dos múltiplos factores de mediação do trabalho e das experiências, potenciador dos saberes experienciais (estes, muitas vezes, não reconhecidos pelos que os produzem e/ou que os detêm).

A este respeito, Collière (1989) admite que o serviço/unidade de cuidados é o local privilegiado para se conjugarem a reflexão e a acção, para se mobilizarem e repensarem os conhecimentos. É aí que, perante a incerteza, a imprevisibilidade e a mutabilidade dos contextos, que se formam e renovam competências e, conseqüentemente, se promove o desenvolvimento pessoal e profissional. Face a isto, a formação deve ser orientada para uma atitude crítica e reflexiva sobre todos os sistemas que compõe as situações, onde a supervisão clínica assume um papel importante.

Schön (1992), tal como tivemos oportunidade de referir anteriormente, fala-nos na formação reflexiva dos profissionais. No encaço desta abordagem, nos domínios das intervenções em enfermagem, valoriza-se a reflexão na, para e sobre a acção como instrumento para uma construção do conhecimento baseada na epistemologia da prática; construção essa, que, de acordo com Alarcão e Tavares (2003, p. 35), assenta na *“consciência da imprevisibilidade [de grande parte] dos contextos de acção profissional e na compreensão da actividade profissional como actuação inteligente e flexível, situada e reactiva”*. Portanto, face às complexidades dos contextos clínicos (onde se inclui a forte componente relacional da profissão), a formação dos enfermeiros deve ser orientada (daí a importância da supervisão), não deve ser baseada na *“racionalidade técnica, exclusivamente objectiva e formalista”* (op. cit), pois pode existir um forte risco dela se tornar infrutuosa. Será de valorizar a reflexão entre o observado e o experienciado e o *“aprender fazendo”*.

Também Daley (2001), baseando-se em autores como Dewey, Kolb, Jarvis, Schön e Mezirow, considera que existe uma relação entre a aprendizagem dos enfermeiros e a prática clínica, que pode ser determinada através da compreensão da forma como os adultos aprendem pela experiência e pela reflexão e como é que esta reflexão conduz a

uma mudança do seu pensamento e das suas perspectivas. Concluiu que a aprendizagem advém essencialmente da experiência relacional entre enfermeiro/cliente tendo, portanto, uma forte componente humanista. Refere-se à importância da formação contínua e aos formadores como facilitadores do processo de aprendizagem, reflexão, crescimento e mudança. Considera que a reflexão sobre as experiências clínicas potencia um desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, já que facilita a compreensão dos aspectos e conceitos de âmbito relacional, como a auto-estima, a esperança, o controlo, a vulnerabilidade, a aceitação, a perda e a persistência, que diferenciam a enfermagem das outras profissões.

A aprendizagem em contexto clínico passa, então, por considerar a experiência promotora do conhecimento pela acção e de todo o ambiente ecológico onde ela ocorre. A prática reflexiva assume aqui um papel de relevo, promovendo a relação entre a teoria e a prática, efectivando a (re)construção do corpo de conhecimentos da enfermagem.

Já Florence Nightingale dizia que *“a maior parte das vezes, os maus cuidados de enfermagem eram muito mais o resultado de uma falta de reflexão, do que uma falta de atenção aos outros”*.

3. A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

“Há momentos na vida em que a questão de saber se alguém pode pensar de um modo diferente de como pensa e sentir de um modo diferente de como se sente é indispensável para continuar observando e reflectindo”

Foucault (s.d.)

O conceito de *supervisão* tem vindo a ser objecto de diversas reflexões e de múltiplas abordagens ao longo dos tempos. As concepções ou percepções dos indivíduos inerentes ao tema são diversas e, algumas vezes, divergentes do que se pretende que seja a supervisão. É nesta medida que se torna importante esclarecer e aprofundar não só o conceito mas também todas as estruturas e relações que contribuem para uma efectiva compreensão do tema.

Desta forma, pretendemos, ao longo deste capítulo, abordar a supervisão como uma importante base para a construção do nosso trabalho, enquadrando-a numa perspectiva evolutiva e estruturada, contextualizando-a não só mas fundamentalmente no domínio da enfermagem.

Alarcão e Tavares foram dos primeiros autores, a nível nacional, a debruçar-se de uma forma mais aprofundada sobre a supervisão clínica (desde a década de 80), mas na área das ciências da educação e da pedagogia. De acordo com a sua perspectiva, o processo existe sempre que um profissional que é mais experiente ajuda um aluno ou outro profissional menos experiente na sua aprendizagem enquanto professores (Alarcão e Tavares, 2003). Sá-Chaves (1994) tem, também, um papel importante neste domínio, enquadrando a supervisão numa perspectiva evolutiva baseada em *múltiplos cenários*, falando num *cenário integrador* e no conceito de supervisão *não standard* enquanto acto contextualizado, único, bi-unívoco que permite, em *“função da constatação das diferenças individuais, grupais e contextuais, elaborar respostas múltiplas e diferenciadas para poderem cobrir a pluralidade evidente das subjectividades do real”* (2000, p. 188). A supervisão é, então, um processo orientado para o desenvolvimento pessoal e profissional, promotor e facilitador das competências necessárias para que o indivíduo possa ser um *profissional reflexivo*.

Os autores citados anteriormente importam, indubitavelmente, as teorias defendidas por Donald Schön, que nos fala na construção de saberes com base na “*reflexão na, para e sobre a acção*” e na reflexão que sobre ela se faz (Schön, 1992). O autor faz referência a Dewey, quando se remete ao desenvolvimento pessoal e profissional como o resultado de uma tomada de consciência da aprendizagem que resulta de uma determinada situação. Enquadra-nos, também, no conceito de “*profissional reflexivo*”, que considera ser um indivíduo detentor de uma metacompetência reflexiva e crítica que, quando se confronta com uma situação, dialoga com ela (Alarcão e Tavares, 1991; Sá-Chaves, 2000).

Os autores têm tido um papel interventivo em diversas áreas do saber, estendendo e adaptando, também, as suas teorias ao domínio da saúde.

Contudo, há que ter em conta que, se falarmos no termo “supervisão” na área da saúde, podemos estar a referir-nos a áreas de intervenção e situações distintas; ou seja, ela reporta-se à gestão (supervisão da gestão ou “*managerial supervision*”), supervisão das práticas (ou “*supervisão clínica*”) ou, se nos posicionarmos no domínio dos modelos e estratégias, pode designar o «*perceptorship, mentorship, supervision of qualified practice, peer review and the maintenance of identified professional standards and was: “both a personal and professional experience”*» (Abreu, 2007, p. 177, citando Butterworth e Faugier, 1992).

O desenvolvimento do saber na área da saúde, em geral, e da enfermagem, em particular, tem sido acompanhado de um conjunto de regras, normas e condições tendo em vista a qualidade de cuidados e os ganhos em saúde. Com as constantes inovações e progressões no campo da saúde, os princípios da supervisão clínica foram tomando corpo e tornaram-se cada vez mais importantes e imprescindíveis nesta área, sendo considerados factores imprescindíveis para uma garantia efectiva da qualidade (nas suas dimensões de estrutura, processos e resultados). Isto porque é no seu decorrer que se identifica erros e debilidades no processo de assistência, com o objectivo de os ultrapassar, garantindo que as boas práticas se mantenham ou instituem colectivamente. A supervisão começa, assim, a ser encarada de uma forma mais abrangente, que se alarga a todos os domínios da profissão.

Na realidade, foi na área da psiquiatria que Freud, no início do séc. XX, introduziu os termos *supervisão clínica* no âmbito da saúde, orientando o processo para o

acompanhamento dos doentes e para o suporte emocional dos próprios profissionais (Frawley-O`Dea, 2001).

No domínio da enfermagem, a supervisão é referenciada, há já alguns anos, na legislação relativa à Carreira de Enfermagem e às funções dos enfermeiros chefe e supervisor (nomeadamente pelo Decreto-Lei nº 3/88 de 22 de Janeiro). Contudo, esta documentação abarca o processo mais no âmbito da gestão, o que se torna insuficiente se o enquadrarmos na perspectiva defendida actualmente.

Apesar de nos depararmos, ainda, com algumas indefinições relativas ao processo, os contributos dados por alguns autores têm vindo a ser importantes para que elas sejam progressivamente atenuadas. A nível nacional podemos mencionar Abreu (2002, 2003, 2007) que dirigiu os seus estudos especificamente para esta área. De acordo com a sua perspectiva, a supervisão clínica em enfermagem é um processo que visa a qualidade dos cuidados praticados pelos diversos actores no seu contexto de trabalho, tendo como base determinados padrões estabelecidos. Existe uma incidência não só nos actores, mas também em todos os factores que poderão influenciar o desenvolvimento das práticas, nomeadamente os processos de formação.

Sendo a enfermagem provida, para além do cuidar físico, de uma importante componente emocional e espiritual, torna-se cada vez mais necessário que o enfermeiro seja capaz de mobilizar conhecimentos e capacidades de uma forma oportuna e que reflecta nas atitudes e valores pessoais e profissionais.

A supervisão oferece aos enfermeiros orientação, apoio e formação, para que sejam capazes de lidar com as situações imprevisíveis que possam emergir das regularidades do quotidiano profissional permitindo-lhes, assim, ser verdadeiros profissionais do humano.

Será neste contexto que a supervisão clínica em enfermagem se constitui como um processo de extrema importância e de grande necessidade para a promoção e garantia da qualidade dos cuidados (nas suas dimensões de estrutura, processos e resultados), na medida em que identifica erros e debilidades no processo de assistência, com o objectivo de os ultrapassar, garantindo que as boas práticas se mantenham ou instituem colectivamente.

3.1. O que é a supervisão clínica em enfermagem?

*“Supervision is much more complex
than I at first imagined”*

(Carrol, *cit in* Ooijen, 2000, p. 5)

Tal como consideramos anteriormente, actualmente poderemos referir-nos a três formas no que diz respeito ao acompanhamento clínico em enfermagem, que dependem da situação e dos participantes no processo: *“perceptorship, mentorship, supervision of qualified practice, peer review and the maintenance of identified professional standards”* (Butterworth e Faugier, 1992, referidos por Abreu, 2007, p. 18).

O conceito de *mentorship* está directamente relacionado com o acompanhamento (com todas as dimensões que ele envolve) dos alunos de enfermagem, por parte de um profissional de enfermagem experiente e conhecedor dos contextos clínicos onde os alunos aprendem, que lhes permita uma aprendizagem baseada na reflexão e guiada para uma interligação mais efectiva entre a formação inicial e o mundo de trabalho. Em Portugal, tal como refere Abreu (2007), o responsável pelo processo é, muitas vezes chamado não por mentor mas sim por *tutor*.

Outra forma de supervisão é aquela que decorre entre colegas: o *perceptorship*. Aqui, um profissional mais experiente acompanha, apoia e orienta outro menos experiente, num mesmo contexto, durante um período de tempo limitado. Ocorre, por exemplo, na integração de enfermeiros recém-admitidos.

Por sua vez, poderemos referir-nos à supervisão clínica como o acompanhamento de profissionais por outros profissionais em circunstâncias idênticas que, idealmente, irá ocorrer ao longo do tempo. Jones (1999) refere que a supervisão clínica permite uma focalização nas competências profissionais e aumenta o potencial de prestação de cuidados de qualidade aos pacientes e famílias.

Efectivamente, a supervisão clínica em enfermagem está intimamente relacionada a interacção enfermeiro-paciente e enfermeiro-outros membros da equipa interdisciplinar, o que torna necessário que se faça uma reflexão da prática de todos. Desta forma, talvez se possa pensar na supervisão não só como um processo teórico, mas também como uma verdadeira estratégia que necessitamos de conhecer.

A ideia de que se pode ter uma “*super visão*” é uma utopia que nenhum supervisor pode ambicionar ter. Mas se encararmos o termo de acordo com a sua definição etimológica, ele significa “*ver para além de...*” (Webster, 1966 referido por Bernard e Goodyear, 1998). No entanto, não poderemos encarar o processo de uma forma tão redutora.

As diversas definições de supervisão clínica que encontramos na literatura, dadas por vários autores, podem diferir de acordo com factores como a área do conhecimento na qual estão inseridas e, conseqüentemente, com o foco de atenção. Importa, portanto, focalizar a informação e percebê-la de acordo com uma lógica evolutiva e de forma contextualizada.

Verificamos, também pela nossa própria experiência, que o termo “supervisão” tem sido alvo de alguma confusão e de alguns malentendidos. A ideia do supervisor como uma figura mais velha, autoritária, ligado às áreas da administração e da gestão, hierarquicamente superior, com a função de controlar, inspeccionar e julgar, está ainda muito patente no contexto português, talvez devido à análise da própria carreira de enfermagem, nas funções atribuídas ao enfermeiro supervisor. Tal facto leva a que, de acordo com Cottrell (2000), e devido à natureza particularmente stressante do trabalho em enfermagem, ela possa ser encarada por muitos como uma actividade pouco estruturada associada a uma gestão mais formal das relações em contexto de trabalho.

Podemos dizer que os fundamentos do processo de supervisão clínica na saúde têm vindo a acompanhar a evolução das profissões da medicina e da enfermagem. Poderemos referir-nos à primeira fase da evolução da enfermagem ou período pré-funcional (Meyer, 1995 referido por Abreu, 2001) onde se valorizava já, por parte dos monges cristãos, o registo e a avaliação da eficiência dos cuidados (Sale, 2000). No mundo árabe dava-se importância ao que é hoje a supervisão dos clínicos, a formação profissional e a organização e a avaliação dos hospitais (Abreu, 2001, 2002, 2007). No âmbito dos países ocidentais, foi no segundo período evolutivo, que corresponde ao modelo vocacional e disciplinar de Florence Nightingale, que houve uma maior preocupação com a organização dos hospitais e com a formação, bem como pela avaliação dos cuidados, baseada na observação, com vista a uma possível detecção e intervenção nas áreas deficitárias (Breu, 2002, 2007; Sale, 2000).

Algumas referências de relevo no contexto da supervisão clínica em enfermagem são, também, os modelos teóricos e as teorias de enfermagem, que se evidenciam no quinto período da evolução da profissão, e que foram protagonizados por algumas autoras que nos introduzem, embora de uma forma mais ou menos directa, aos princípios e fundamentos do que se designa hoje como supervisão clínica em enfermagem.

Uma teórica que mais deu os seus contributos neste âmbito é Peplau que, de acordo com Abreu (2003), apesar de não introduzir o conceito, engloba na sua teoria das relações humanas diversos processos relacionados com o acompanhamento das práticas clínicas. Considera que o desenvolvimento e a prática dos cuidados em enfermagem são baseados numa orientação efectiva, privilegiando um ambiente de confiança entre enfermeiro/doente. Tal como Peplau, outras autoras incluíram nas suas teorias os fundamentos da supervisão das práticas clínicas em enfermagem. Betty Newman considera que, para um desenvolvimento dos cuidados, se avalia a consecução ou não dos objectivos e a necessidade da sua reformulação, com base nos diagnósticos de enfermagem. Imogène King refere que este processo permite uma avaliação da informação usada para a prática dos cuidados. Martha Rogers preconiza o acompanhamento das práticas como processo de exploração virtual de novas competências. Jean Watson fala-nos, na sua teoria do “*human care*”, da importância da intersubjectividade e interpessoalidade na supervisão clínica como factores fundamentais para um crescimento dos enfermeiros (Abreu, 2003, 2007; Fazenda *et al*, s.d.).

Todos estes modelos pretendem ser uma referência para a prática dos cuidados, permitindo a melhoria dos mesmos, ajudando a desenvolver, também, a capacidade analítica dos enfermeiros.

Conforme referem Spence *et al* (2002), a base conceptual da supervisão clínica em enfermagem remonta à década de 40 do séc. XX. De acordo com o autor, embora não se abordassem termos específicos, proferiam-se palavras como aprendizagem sustentada (“*supported learning*”), ou apoio no aprender.

Na realidade, foi no contexto da enfermagem psiquiátrica, pela importação de algumas teorias das escolas psicanalíticas do início do século XX (representadas, por exemplo, como referimos anteriormente, por Freud), que surge a supervisão clínica em enfermagem (Bishop, 1998; Sloan, 1999; Frawley-O’Dea, 2001; Abreu 2002, 2003, 2007), nomeadamente nos Estados Unidos da América e no Reino Unido. Apesar de já se discutir

o tema desde 1943, o primeiro modelo foi definido apenas em 1982 com a implementação do *Registered Mental Health Nurse Syllabus*. Podemos dizer que só a partir de 1980 é que a SC foi considerada como uma disciplina autónoma (Ooijen, 2000). Contudo, o processo era muitas vezes confundido com aconselhamento e encaminhamento face aos problemas e dificuldades que poderiam surgir de qualquer aspecto da vida de um indivíduo.

Mas foi, sem dúvida, após os casos de Bristol, Kent e Catenbury e principalmente, como consequência do relatório do episódio com a enfermeira Allit (ocorridos no Reino Unido) que as políticas e instituições de saúde começaram a encarar, efectivamente, o processo como uma necessidade (Abreu, 2002, 2007).

A nível nacional terão sido três os marcos mais importantes que impulsionaram a valorização do processo no contexto da enfermagem: o movimento da educação permanente, na década de 70, os estudos relacionando a qualidade com os cuidados de enfermagem e os processos de certificação da qualidade (Abreu, 2007).

Hoje em dia, a supervisão clínica estende-se a todas as áreas da enfermagem, sendo uma resposta às necessidades que despontam ao longo dos processos formativos, estando estreitamente relacionada com a procura e o suporte da qualidade dos cuidados através do desenvolvimento de competências clínicas e assistenciais com base numa reflexão sistemática sobre os saberes e sobre as práticas e, conseqüentemente, com o acompanhamento dos alunos em contexto clínico e com o processo de integração de enfermeiros recém-formados, com a formação em contexto de trabalho e com o acompanhamento dos próprios enfermeiros (Abreu, 2002). Jones (1999) também considera três tipos de supervisão: “*clinical, managerial and training supervision*” (p. 43). Segundo este autor, independentemente do tipo de supervisão, ela pode acontecer como um processo didáctico, experiencial ou como uma mistura dos dois.

Incluem-se, neste processo, dimensões como a gestão dos sentimentos, valores e atitudes e estratégias de resolução de problemas quer dos utentes, quer dos profissionais de saúde, através de um suporte e de uma ajuda efectivos. Stuart (1995), que leva a cabo alguns estudos no âmbito da enfermagem psiquiátrica, considera que a supervisão pode ser um processo “*quasi-therapeutic*” onde há a necessidade de compreender (com vista a uma possível gestão adequada) as atitudes que são “transferidas” de uma relação para outra (Jones, 1999). Ao ter em atenção todas estas dimensões tem, então, um importante papel no que diz respeito à manutenção da satisfação profissional dos enfermeiros (Abreu 2001,

2003, 2007; Cutcliffe et al, 2001; Frawley-O`Dea, 2001). Apesar da grande problemática que se constitui em redor da definição do processo, encontramos aqui os pontos principais que nos conduzem à sua compreensão.

Nos Estados Unidos da América e Canadá a supervisão clínica em enfermagem foi evoluindo não só com a profissão, mas também de acordo com os modelos de gestão e de organização social, bem como com o aumento da exigência face aos cuidados prestados (Abreu, 2002). Sendo países que encaram todos os processos organizacionais (que incluem os cuidados de enfermagem prestados) de acordo com uma lógica de exigência de práticas qualificadas e seguras, de racionalização e de sistematização de recursos, a supervisão clínica em enfermagem tem uma orientação normativa, sendo valorizados normas e protocolos mais formais de avaliação.

No contexto europeu, nomeadamente no Reino Unido, apesar das bases conceptuais da supervisão clínica em enfermagem surgirem, tal como referimos anteriormente, na área da saúde mental, começam a ser postas em prática nas áreas da saúde materna e obstétrica (Kohner, 1994, referido por Abreu, 2002). Mais tarde estas bases começam a ser exportadas para outros continentes, nomeadamente para a Austrália. Também aqui, a própria evolução das políticas de saúde se reflecte no processo. Por conseguinte, a supervisão clínica em enfermagem é menos impositiva, com normas e protocolos mais flexíveis e menos rígidos; é muitas vezes o fruto duma necessidade de apoio, ajuda e de formação sentida pelos profissionais tendo em conta, também, as necessidades do utente (Cutcliffe, 2001; Abreu, 2003).

Muitos autores tentam responder a uma questão que, parecendo evidente, implica uma reflexão mais acurada sobre o seu verdadeiro significado: “O que é a supervisão clínica em enfermagem?”. Fazemos, então, uma revisão sobre algumas das respostas a esta questão dadas por autores quer do contexto americano, quer do europeu, a esta questão e que influenciam, de uma forma ou de outra, a percepção que hoje temos sobre o processo.

Em 1996, Barbier e Norman, após a publicação do “*Code of Conduct*” da UKCC em 1987, começam por definir a supervisão (embora de acordo com um ângulo que nos parece ser redutor do conceito e do processo) como um processo interpessoal no qual uma pessoa mais competente ajuda outra menos competente a atingir determinados objectivos, e que oferece, ao mesmo tempo, um apoio assente numa relação de confiança (Sloan, 1999).

Tal como referimos atrás, na década de 90, os casos de Bristol, Kent, Canterbury e o inquérito de Allit incentivaram o desenvolvimento de estudos relacionados com esta problemática. Tal facto traduziu-se na implementação do processo supervivo nas unidades de cuidados, tal como já o tinham feito algumas organizações psiquiátricas (Abreu, 2002). Será, então, pertinente considerar a abordagem do conceito feita pelo CPNA (Community Psychiatric Nurses Association), que traduz o conceito em questão por uma experiência baseada na interpessoalidade, que promove o desenvolvimento de proficiência terapêutica (Sloan, 1999; Abreu, 2002, 2003).

Em 1993, o DoH do Reino Unido referia-se à SCE, no documento “*A Vision of the Future*”, como um processo formal de apoio profissional e acompanhamento que permitiria aos profissionais desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pelo próprio desempenho profissional e proteger os utentes em situação clínica de conflitos, orientada pelo princípio inerente ao desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes (Sloan, 1999; Abreu, 2002, 2003, 2007).

Segundo Tait, em 1994, a SCE é um processo que tem como objectivo a promoção da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, tendo em vista o desenvolvimento de uma prática de excelência (Abreu, 2002). Foi nesta época que, tal como refere Howatson-Jones (2003), o *English National Board* considerou que seria crucial a introdução de estratégias de implementação e de incentivo da formação contínua. Para Faugier e Butterworth (1994), a SCE seria a troca reflexiva entre profissionais num contínuo desenvolvimento da prática.

A UKCC (*United Kingdom Central Council for Nursing*), em 1996, documenta a sua perspectiva (que contém importantes inovações) no “*Position Paper on Clinical Supervision*”, referindo-se ao acompanhamento clínico como um processo focalizado na prática e conduzido por um supervisor devidamente preparado, não impositivo e que se relaciona com “*modelos de enfermagem, experiência institucional, disciplinas envolvidas, formas de organização das práticas, organização local da formação e mesmo os percursos pessoais nesta matéria*” (Abreu, 2003, p. 18); tenta-se esclarecer, também, alguns malentendidos associados ao processo, nomeadamente que ele não é exclusivamente orientado para os processos de gestão e que não tem uma natureza fundamentalmente hierárquica (Smith, 2000). Estes princípios reflectem-se, segundo Reece e Walker, nos “*FENTO standards*”, sendo a auto-reflexão crítica um dos aspectos de maior relevância no

que diz respeito ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais (Howatson-Jones, 2003).

Abreu (2003, p. 15) considera a supervisão clínica um processo de auto reflexão e auto construção, compreendendo três componentes: cognitiva, avaliativa e emocional, que se relacionam entre si. Aqui, o desenvolvimento da relação supervisiva assume uma tônica importante, sendo mesmo considerado por muitos a matriz do processo supervisivo (Abreu, 2007).

Também Bishop (1998) se referiu a este conceito como sendo a interacção designada entre dois ou mais profissionais inseridos num ambiente propício/ de apoio, realçando a qualidade do cuidado ao utente. Proctor, no mesmo ano, considera este conceito, nas suas teorias, como uma aliança de trabalho que envolve a reflexão, usando meios normativos, formativos e restaurativos (Sloan, 1999).

Bernard e Goodyear (1998), apesar de se dedicarem, inicialmente, à área da saúde mental, consideram que as suas teorias se podem generalizar a todas as áreas. Aceitando que as ideias das definições a que fazem referência diferem em função da área e do foco de treino do autor, propõem uma definição que, apesar de não ser a mais recente, será uma das que melhor delimita, na nossa opinião, as dimensões essenciais para a compreensão do processo. Por conseguinte, os autores consideram que a supervisão como *“uma intervenção dirigida por um profissional mais experiente para um ou vários membro(s) menos experiente(s) da mesma profissão. Esta relação é avaliativa, prolonga-se ao longo do tempo e tem como objectivos aperfeiçoar a prática do(s) profissional(ais) mais novo(s), monitorizar a qualidade dos serviços oferecidos ao(s) cliente(s) e servir de porteiro dos que estão prestes a tornar-se profissionais”* (Bernard e Goodyear, 1998, p. 6).

Van Ooijen (2000) refere-se à supervisão das práticas clínicas como um relacionamento reflexivo que mantém e melhora a prática, tendo como enfoque as relações entre enfermeiro e doente e entre a equipa interdisciplinar como agentes de mudança.

Smith (2000), considera que não há uma única definição ideal que se possa generalizar. Faz referência a autores que achamos que também deixaram um marco importante para a evolução da supervisão clínica, que passamos a citar:

– «Wright (1989) – *“a supervisão é uma reunião entre duas ou mais pessoas que têm e declaram interesse em examinar uma parte do seu trabalho”*

– *Hawkins and Shohet (1992) – (...)”a supervisão pode ser uma parte importante para a auto-implicação, para uma abertura a novas aprendizagens e um elemento indispensável no auto-desenvolvimento, na auto-percepção e no compromisso para a aprendizagem”*

– *Proctor (1993) – “uma aliança de trabalho entre o supervisor e trabalhador na qual o trabalhador pode reflectir sobre si próprio e receber feedback e ser conduzido de uma forma apropriada”*

– *Bond e Holland (1998) – “a supervisão é um processo regular, que se prolonga pelo tempo, para uma auto-reflexão profunda sobre a prática clínica. Tem como objectivo permitir ao supervisionado atingir, manter e desenvolver criativamente uma prática de grande qualidade através de meios de suporte dirigido e de desenvolvimento”» (p. 1).*

Todas estas definições têm em comum alguns pontos como reflexão, apoio e qualidade dos cuidados (Howatson-Jones, 2003). Analisando os conteúdos expressos pelos autores e por Abreu (2002, 2003) (também fazendo alusão a diversos estudos), encaramos “*a relação como dimensão central da SCE, sendo o seu propósito assegurar as práticas de qualidade, desenvolver competências, motivar, encorajar e dar suporte à equipa, [tendo em atenção os quadros conceptuais e os processos de afirmação e satisfação profissional, bem como os níveis de ansiedade e a disponibilidade psicológica para estabelecer relações de ajuda] tanto no exercício profissional como no período de formação escolar”* (Abreu, 2003, p. 17) e contínua dos enfermeiros. Tal pode traduzir-se num aumento da satisfação e da segurança dos actores do processo.

Assume-se, também, a existência de uma estrutura e de procedimentos específicos desempenhados pelos actores sociais envolvidos, tendo como objectivo a excelência dos cuidados e, conseqüentemente, da organização.

Mckeown e Thomposon (2001) citados por Spence *et al* (2002), corroboraram com estes princípios comuns, referindo-se à supervisão clínica como uma troca reflexiva entre dois ou mais profissionais, que analisam criticamente a prática, num ambiente seguro e de apoio, com o recurso a meios normativos, formativos e restaurativos, para promover e incrementar a qualidade dos cuidados (Howtson-Jones, 2003, p. 38).

Maia e Abreu (2004, p. 8) consideram a “*supervisão clínica um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a*

qualidade dos cuidados de enfermagem, a protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional”.

Orga (2004) concluiu que a supervisão pode ser entendida como *“a special learning, developmental and supportive method of professional reflection and counselling, enabling professional workers (school counsellors, teachers, child care workers, etc.) to acquire new professional and personal insights through their own experiences. It helps them to integrate practical experiences with theoretical knowledge and to reach their own solutions to the problems they meet at work, to face stress efficiently and to build up their professional identity. By this supervision supports professional as well as personal learning and development of professional workers”* (Abreu, 2007, p. 187-188).

Estas serão as definições que nos permitem relacionar o processo com o desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes, pondo em evidência as suas capacidades formativas individuais e colectivas bem como as do meio. Achamos, portanto, que permitem a todos os profissionais (mais ou menos esclarecidos) terem uma visão do verdadeiro conceito, possibilitando, de igual forma, confirmar o estilo de comunicação desejado, um intercâmbio efectivo (Sloan, 1999), tendo consciência que é necessária uma contextualização a cada local de trabalho.

3.2. Modelos de supervisão clínica em enfermagem

“(…) without theory or a conceptual model one does not really understand the process of supervision”

Hart (1982), citado por Bernard e Goodyear (1998, p. 15)

A Enfermagem é, na sua essência, de natureza prática e a supervisão clínica tem o seu enfoque no aperfeiçoamento da mesma. Por conseguinte, será importante a definição de modelos que se possam constituir como orientações relativamente específicas e estruturadas com vista à consecução dos objectivos e das funções do processo. Smith (2000) considera que um modelo é um mapa, uma estrutura que descreve onde e como atingir determinadas metas e o que se poderá eventualmente necessitar no decorrer desse percurso. Explicam-se os conceitos ou ideias, de uma forma organizada, com o objectivo

de compreender os fenómenos para elaborar planos de acção devidamente pensados (Abreu, 2007).

Para a definição/adopção/adaptação de qualquer modelo, há que considerar, tal como Yvonne Moores, que a diversidade das áreas clínicas e da sua organização influenciam a grande diversidade de modelos existente (Butterworth *et al*, 1996, citados por Abreu, 2002). Smith (2000) acrescenta que a variedade de modelos difere entre si conforme as filosofias e teorias adoptadas.

Ooijen (2000) e Livingstone (2000) referem que a maioria das teorias e dos modelos de supervisão clínica têm vindo a ser desenvolvidos nas áreas de psicoterapia, aconselhamento e assistência social sendo, talvez, a única excepção a esta regra o *John's Reflective Cycle* (1997). Basicamente, este modelo preconiza que o processo decorre ciclicamente e é neste ciclo que se define o foco e se reflecte sobre ele, com o intuito de especificar as alternativas; é após esse período reflexivo que ocorre a mudança/acção/avaliação.

Smith (1995) e Butterworth *et al* (1996) consideram que se torna necessário que os modelos de supervisão clínica sejam específicos e se enquadrem no domínio da enfermagem não sendo, por isso, adequada a sua importação de contextos diferentes dos da saúde (*op. cit.*). De acordo com Faugier (1994), a escolha de um modelo apropriado revestiu-se de extrema importância, influenciando na eficácia e eficiência do processo. Tornar-se importante, então, ter um conhecimento dos modelos com vista a uma escolha e adaptação mais efectivas a uma determinada realidade adequando-se, assim, às necessidades sentidas tanto nos contextos que os elegem como aos seus actores.

As pesquisas que abordam a temática da supervisão clínica têm-se debruçado não apenas na comparação dos conteúdos, eficácia ou relevância dos contextos dos modelos, mas também, e de uma forma mais sistemática, num modelo ou estratégia. Muitas dessas pesquisas são levadas a cabo nos EUA, o que condicionará a aplicabilidade das suas conclusões noutros países, (nomeadamente a nível europeu, onde as políticas e as realidades são relativamente diferentes), na medida em que as abordagens supervisivas são distintas (Carrol, 1996 *cit in* Ooijen, 2000, p. 6).

Abreu (2002, 2003), considera que dos modelos surgidos nos últimos anos SE evidenciam os de Page e Wosket (1994), Hawkins e Shohet (1989), Jonhs (1997, 1998),

Butterworth e Faugier (1994), o de Nicklin (1997) e os modelos reflexivos de Van Manem e Smith e Hatton, entre outros.

São vários os autores que consideram os diferentes modelos de supervisão clínica em enfermagem inseridos em categorias. Por exemplo, de Bernard e Goodyear (1998) consideram duas categorias: os baseados nas teorias psicoterapêuticas e os desenvolvidos especificamente para a supervisão. Holloway (1992) subdivide este último grupo em modelos de desenvolvimento e modelos do papel social. Considera, ainda, que existem alguns que, devido às suas características, não poderão ser categorizados. Faugier e Butterworth (1993) classificam os modelos em três tipos: os que evidenciam a relação supervisiva, os que descrevem as funções do papel desempenhado e os desenvolvimentais, que se centram no desenvolvimento da relação supervisiva (Abreu, 2007, p. 190). Por sua vez, Livingstone (2000) refere-se aos modelos desenvolvimentais, aos de abordagem-limite (“*approach-bound*”), aos estruturais, aos de processo e aos específicos (“*discipline specific*”). Frawley-O’Dea (2001) menciona os modelos de desenvolvimento, os de integração e os orientados.

Tanto Smith (2000) como Marr, Steele e Hickman (2001) referidos por Abreu (2007), fazem uma divisão que, na nossa opinião, é das mais interessantes. Consideram:

- Modelos centrados na função (Proctor, Page e Woskett), que são os que descrevem a organização e as funções da supervisão, sendo importantes na fase de implementação. São aplicáveis a todas as áreas da profissão.
- Modelos centrados no processo (Hawkins e Shohet, Holloway, Inskipp e Proctor), que exploram as necessidades que surgem com o seu decorrer, nomeadamente aquelas que se prendem com a relação supervisiva e que influem na qualidade das práticas. Apesar de trazerem mais valias para todas as áreas do cuidar eles são, em geral, importantes quando se pratica uma enfermagem mais voltada para o domínio da relação.
- Modelos centrados na relação supervisiva (Stoltenberg e Delworth, Faugier, Frankham), que têm o seu enfoque na natureza da relação supervisiva, algumas vezes no nível de desenvolvimento do supervisando e seu grau de influência no processo. Por outro lado estabelecem um caminho para uma adequada gestão do papel do desempenhado pelo supervisor. Desta forma, os modelos em questão tornam-se úteis quando o objectivo último é o desenvolvimento pessoal e

profissional e/ou onde a própria relação supervisiva é encarada como o principal agente das mudanças pretendidas.

- Modelos psicoterapêuticos que, apesar de se poderem adoptar em conjunto com outro tipo de modelos, são o reflexo do tipo de terapia clínica adoptada. Esta categoria é útil numa área da enfermagem essencialmente voltada para as abordagens psicoterapêuticas.

Esta multiplicidade manifesta-se, também, nas estratégias (que devem ser argumentadas e explicitadas) que propõem para a implementação do processo supervisivo (Abreu, 2003): numa base de um para um, na qual o supervisor possui ou não uma formação em enfermagem ou a supervisão de um para um entre pares; outras formas incluem a supervisão de grupo (existe alguma diversidade de opiniões no que concerne ao número de elementos que deve englobar cada grupo), com um supervisor externo ou não ou entre pares (Platt-Kock, 1986; Kohner, 1994; Jones, 1998, referidos por Sloan, 1999; Bernard e Goodyear, 1998).

Alguns autores enumeram uma série de vantagens e de desvantagens no que diz respeito à aplicação da supervisão um para um (por exemplo, Bernard e Goodyear, 1998) e da supervisão em grupo (por exemplo, Bernard e Goodyear, 1998; Sloan, 1999). Com base nestes autores, achamos que ambas as formas poderão vir a ser vantajosas e, se possível, poderão mesmo vir a complementar-se entre si, de acordo com as necessidades que vão sendo detectadas.

Outros consideram, também, a frequência e duração das sessões de supervisão. Adams (1991) defende que estas podem ocorrer todas as semanas durante cerca de duas horas, enquanto que Dudley e Butterworth (1994) referem que o ideal seria entre uma hora e uma hora e trinta minutos cada oito semanas. Também as orientações usadas como forma estruturante das sessões de supervisão podem variar (Sloan, 1999).

Abreu (2003) e Belo (2003) citando Abreu (2002), propõem alguns pontos fundamentais a considerar quando se analisam os modelos de supervisão clínica em enfermagem:

- A enfermagem é detentora de alguns meios que lhe facultam a possibilidade de acompanhamento das práticas profissionais, sendo que a ela deve ser atribuída a supervisão das dimensões que surgem no contexto clínico;

- A enfermagem possui uma matriz humanista que considera as necessidades dos actores em contexto clínico;
- Ao exigir um elevado comprometimento da pessoa face a situações potencialmente complexas, o suporte do grupo torna-se essencial;
- Existindo numa variedade de contextos, a enfermagem deve ser capaz de estruturar e implementar um processo de supervisão clínica que abarque a possibilidade de troca de papéis entre os seus actores (supervisor e supervisando);
- Apesar de se admitir que a supervisão deve ser inerente à enfermagem, o processo beneficia se houver o recurso à restante equipa interdisciplinar.

O modelo das três funções de Proctor é dos mais falados. Orientado para uma perspectiva de aconselhamento (Sloan, 1999), descreve as funções da supervisão clínica, fornecendo *guidelines* relativamente ao enfoque da preparação e discussão supervisivas (Cottrell, 2000). O autor considera que a supervisão tem funções formativas, normativas e restaurativas, que podem ou não ser usadas simultaneamente. A formativa está orientada para o desenvolvimento de competências e habilidades com bases na prática reflexiva e na exploração do trabalho desenvolvido pelos supervisandos; a normativa prende-se com o controlo da qualidade, garantindo que os padrões (e os protocolos) profissionais/organizacionais sejam cumpridos; a restaurativa, que orientada para o domínio da gestão das emoções, facilita a motivação e o apoio aos profissionais (Abreu, 2002, 2003; Sloan, 1999; Wheatley, 1999).

Outra perspectiva é a de Nicklin (1997) que, de acordo com Sloan (1999), importa algumas influências de Proctor. Tal como dizem Sloan (1999) e Abreu (2002, 2003), a supervisão clínica em enfermagem, no modelo de Nicklin, está centrada na prática e envolve elementos relacionados com a gestão, a formação e o apoio emocional. Para garantir o processo de supervisão será necessário percorrer um ciclo de seis etapas: análise objectiva da prática (exploração e avaliação das situações problema), identificação do problema (clarificação das áreas dos problemas encontrados), contextualização (identificação dos objectivos segundo as expectativas, obrigação e aspiração da organização, dos pacientes, da profissão e do profissional), planeamento (planificação das acções de acordo com a função tempo), implementação (implementação das acções planeadas) e avaliação (avaliação dos resultados do processo de supervisão).

Johns (1999, 2000) propõe um modelo reflexivo. Considera que a prática reflexiva é um meio cognitivo de resolução de problemas que permite desenvolver o conhecimento adquirido. Este será um processo holístico baseando-se, por isso, na pessoa no contexto particular da sua experiência de vida. Para o autor, cada indivíduo atribui a sua própria significação e faz a sua reflexão sobre as situações, dando-lhe um sentido subjectivo e contextual (Abreu, 2007).

Foram propostos outros modelos, sendo que muitos deles importam e adaptam pontos-chave dos outros.

É interessante verificar que, apesar da grande riqueza de opiniões no que diz respeito à estrutura e finalidades da supervisão clínica em enfermagem e das várias perspectivas do processo seletional entre supervisor e supervisando, uma parte deste conhecimento é empírico, intuitivo e pessoal, já que só se começou a investir nos métodos de investigação que nos permitem múltiplas perspectivas, desde há pouco tempo (Sloan, 1999). Tal facto pode mesmo ser por nós constatado se nos reportarmos à realidade nacional: a implementação do processo tem vindo a ser acompanhada por alguns obstáculos e, efectivamente, os estudos de investigação são ainda muito escassos.

Percorrendo a generalidade dos modelos nota-se uma abordagem comum à relação supervisiva, à assistência, formação escolar, formação contínua e investigação, dimensões que estão directamente relacionadas com as competências do supervisor.

De um modo geral, em todos se faz referência à exigência e responsabilidade na enfermagem, bem como ao facto de tanto os alunos como os profissionais se confrontarem, nos contextos da sua prática, com situações potencialmente agressivas que exigem soluções adequadas (Abreu, 2003). Brocklehurs (1994) considera que todos os modelos têm, no seu conteúdo, aspectos comuns relativos à dimensão da prática (segurança das práticas, desenvolvimento de competências), do suporte e encorajamento do desenvolvimento das estruturas do processo (formação de supervisores, articulação com outras dimensões organizacionais e importância das *guidelines*, protocolos ou manuais) e do êxito do processo (onde se dá extrema relevância à inter-relação supervisor – supervisando) (Sloan, 1999). E, acrescentamos nós, da necessidade de uma manutenção ininterrupta do processo.

Será também por isto que estamos de acordo com Yvonne Moores, referida por Sloan (1999), quando esta defende a existência de uma grande variedade de modelos de

supervisão clínica já que não existe um único “modelo ideal” que seja capaz de responder à diversidade de áreas que a enfermagem abarca e às mutações a que estas vão sendo sujeitas. Na verdade, as intervenções que são essenciais numa especialidade não o são, muitas vezes, noutras. Ou seja, independentemente da ênfase colocada no modelo, os objectos da SC serão sempre as práticas e todo o contexto onde elas se inserem (Bond e Holland, 1998). Portanto, tal como nos diz Cottrell (2000), “*o que tem emergido é a necessidade dos indivíduos trabalharem numa versão da supervisão clínica que os adapte e seja adaptada ao seu próprio ambiente de trabalho*”.

Contudo, existem alguns pontos-chave que qualquer um deverá respeitar: o processo de supervisão das práticas clínicas deve ter sempre em consideração a relação supervisiva; deve ter em conta todas as dimensões da prática de enfermagem, ou seja, a formação, as competências necessárias e o desenvolvimento profissional e pessoal; deve-se construir com base numa adequação contínua ao contexto (Cottrell, 2000).

3.3. Supervisão das práticas e modelos de qualidade

*«Há forças poderosas dizendo-nos o que devemos fazer.
Devemos ouvi-las, não só a elas mas também a “ainda débil voz”
da nossa própria consciência.»*

Kemp e Richarson (1995, p. 11)

As questões orientadas para a temática da qualidade têm vindo a ser amplamente debatidas no domínio das políticas de saúde, tendo uma forte influência no que diz respeito a todas as actividades desenvolvidas nos serviços. Neste contexto, cada um dos profissionais possui um importante papel a desempenhar não só individualmente, mas também enquanto membro de uma equipa interdisciplinar que aspira um determinado nível, previamente acordado, de qualidade de cuidados e serviços (Sale, 2000). Face a isto, a criação de estratégias globais e integradas voltadas para o seu desenvolvimento têm vindo a aumentar progressivamente e constituem-se uma mais valia no processo de certificação das instituições de saúde.

Contudo, os discursos sobre a qualidade em enfermagem não são novidade. Curiosamente, as primeiras alusões à garantia da qualidade terão sido feitas, muito provavelmente, pelos Romanos, sobre a eficiência dos hospitais militares. A primeira referência à avaliação da qualidade dos cuidados em enfermagem terá sido, talvez, por Howard e Fry, no século XVIII; foi feita uma descrição da qualidade dos cuidados prestados em hospitais por eles visitados (Sale, 2000). Também Florence Nightingale se preocupou com esta problemática, dando corpo a diversos documentos (entre eles as “Notas Sobre Enfermagem”, datadas de 1858), onde se refere à formação e à qualidade dos cuidados de enfermagem (Kemp e Richardson, 1995; Sale, 2000).

Desde aí foram feitos vários estudos de investigação relativos a esta problemática (mais sistematicamente nos EUA, Canadá e Reino Unido), que têm vindo a influenciar, de uma forma ou de outra, a garantia qualidade dos cuidados, tal como a entendemos hoje em dia.

Mas o que é que se entende por “qualidade”? Qual é o objectivo último dos cuidados de enfermagem e o que é que eles representam para os seus prestadores (como pessoas e como profissionais)?

Delgado (2004) orienta-nos sobre esse aspecto num sentido relativamente global: a qualidade pode ser entendida como a procura de uma forma de estar, de conviver e de actuar com o objectivo de obter melhores resultados a partir de um melhor desempenho (Abreu, 2007, p. 199).

No âmbito específico da saúde e da enfermagem, em particular, foram vários os que se referiram ao termo. Barnett (1981) descreve a qualidade como o grau de sucesso obtido na prestação dos cuidados que garantem valor ou benefício, e que requer uma avaliação periódica. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 1986, “*Qualidade é (...) a comparação de como o nível de cuidados prestados no aqui e agora, se compara com o que foi definido como o nível desejado de cuidados*” sendo, na maioria da vezes, “*o nível de cuidados desejado*” uma decisão política baseada “*num nível acima do qual os cuidados seriam muito dispendiosos e abaixo do qual seriam perigosos*” (Kemp e Richardson, 1995, p. 2). Os mesmos autores, nestas duas concepções, referem que a “*garantia da qualidade em enfermagem*” tem como objectivo assegurar aos clientes a qualidade dos cuidados recebidos através da sua avaliação (efectuada de acordo com padrões de medida previamente estabelecidos).

Por sua vez, Sale (2000, p. 53) refere-se à “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*”. Para a autora, ela é da responsabilidade de todos os profissionais que integram os serviços de saúde.

Tanto para o IOM (1990) como para a Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (1993), a qualidade passa pelo desenvolvimento da prestação de cuidados /serviços aos indivíduos e à comunidade com o objectivo de atingir determinadas metas definidas com base nos conhecimentos científicos actuais. Idvall (2001) acrescenta conceitos como um direito dos doentes e a responsabilidade de todos os profissionais (Abreu, 2007).

Achamos que a qualidade passa por fazer mais e melhor, fazer em conjunto para atingir os padrões previamente definidos, tendo em conta o conhecimento profissional e científico; passa por uma mudança da própria cultura organizacional através da partilha de valores que vão de encontro ao que se acha correcto e desejável; implica prever os acontecimentos com o objectivo de prevenir e de responder às necessidades. É o envolver tanto os prestadores como os utilizadores dos serviços, de forma a satisfazer todos os actores do processo, assegurando “*aos doentes a existência de um nível aceitável de cuidados*” (*Concise Oxford Dictionary*, referido por Sale, 2000, p. 27).

Estas questões vão de encontro às exigências, cada vez mais em voga, das actuais políticas de saúde. Em Portugal, de acordo com o Decreto-Lei nº 166-A/99 de 13 de Maio, todas as instituições têm como última e principal finalidade a prestação de cuidados de qualidade, tendo em conta os direitos dos utilizadores. Às instituições é exigida qualidade, que implica “*uma partilha de valores que tem a ver com a cultura da organização, com as ideias e valores, o que está correcto e é desejável*” (Nunes, 2002, p. 11).

É curioso verificar que, já em 1995, a OMS (através do Bureau Regional para a Europa), com a meta 31 do trabalho «Metas de Saúde Para Todos», esperava que “*até 1990 todos os estados membros deveriam ter estabelecido mecanismos eficazes para garantia de qualidade dos cuidados aos utentes nos sistemas de cuidados de saúde*” (Kemp e Richardson, 1995, p. 102). Também nesse ano se documentaram formalmente as estruturas de supervisão clínica em enfermagem nas organizações de saúde, nomeadamente a nível do Reino Unido; esta seria uma necessidade detectada há já alguns anos tanto pelo UKCC

como pelo DoH. Por conseguinte, verificamos, hoje em dia, que os modelos de certificação da qualidade das instituições de saúde englobam as dimensões da supervisão clínica em enfermagem (Abreu, 2007).

Pisco (2000), ao mencionar a necessidade de transformação e de inovação dos serviços de saúde nacionais, foca a importância de uma abordagem mais interventiva no domínio da melhoria da qualidade; as principais áreas de atenção seriam, então, o cliente, o sujeito produtor de cuidados e o contexto da assistência em matéria de saúde (onde se incluem as expectativas, necessidades reais e satisfação da população alvo dos cuidados, o aumento da satisfação dos profissionais de saúde e a adaptação e adequação das políticas de gestão e organização das instituições).

As expectativas da sociedade relativamente aos sistemas de saúde têm vindo a crescer nos últimos anos influenciando a concorrência entre os hospitais e as pressões que são exercidas pela imprensa em geral. As expressões “indicadores de qualidade”, “avaliação do desempenho”, “melhoria sistemática do atendimento aos clientes” são cada vez mais uma constante quando nos reportamos à gestão das organizações. Torna-se, por isso, importante a criação de programas orientados para a busca constante da excelência dos cuidados, capazes de implementar as mudanças na prática, para um crescente benefício dos profissionais e, conseqüentemente, dos clientes (Boavista, 2000; Heard *et al*, 2001). Abreu (2002, p. 1) considera que, “*na área da saúde, a adopção de estratégias integradas que visem o desenvolvimento do sistema de saúde e a promoção global da qualidade vem de alguma forma dar resposta a um conjunto de exigências sociais e económicas*”. Essas estratégias, que têm como última finalidade a certificação da qualidade e a excelência dos serviços prestados e, conseqüentemente, das organizações, devem estar orientadas de forma a abrangerem as instituições como um todo, a dotação de recursos, as estratégias de parceria e a formação de recursos humanos (Abreu, 2003, p. 40). O autor vai de encontro ao que Donabedian (1980, 1982, 1983) considera as três dimensões de um sistema de qualidade em saúde: estrutura (relativa à organização e outras características do sistema, propicia ou não os meios); processo (relativo aos cuidados); resultados (o que é conseguido pelo processo, incluindo atitudes e conhecimentos). Propõe, então, as seguintes metas para um sistema de gestão da qualidade:

- definir e difundir os objectivos dos actores e dos sectores e a forma como eles se devem articular;

- elaborar planos e relatórios sectoriais e institucionais com base numa discussão conjunta;

- definir e aplicar mecanismos de monitorização e avaliação de processos e resultados;

- promover políticas de avaliação e de formação que tenham por base a motivação e o envolvimento dos profissionais, com vista ao desenvolvimento técnico, científico e criativo, através do desenvolvimento profissional, pessoal e cultural dos trabalhadores;

- simplificar e desburocratizar o trabalho com vista a uma maior eficiência, através de estratégias que promovam a mudança;

- implementar os sistemas de informação de forma a facilitar a comunicação inter e intraorganizacional;

- proceder a uma gestão adequada dos recursos, otimizando os meios e simplificando e acelerando processos;

- facilitar a relação com os utentes, reduzir ou eliminar tempos de espera e fornecer informação de forma adequada;

- responder adequadamente às reclamações e sugestões, corrigindo as não conformidades ou inconformidades, quando necessário;

- fomentar formas explícitas e mais rápidas de comunicação e diálogo com a sociedade (Abreu, 2007, p. 201-202).

O objectivo principal será, segundo Heard *et al* (2001, p. 170), de acordo com os estudos por ele feitos em Inglaterra, estabelecer uma cultura na qual a qualidade se torne uma constante para todas as organizações e todos os profissionais, que obedeça aos “*10 C’s – clinical performance, clinical leadership, clinical audit, clinical risk management, complaints, continuing health needs assessments, changing practice through evidence, continuing education, culture of excellence, clear accountability*”, numa perspectiva multiprofissional.

Procura-se, assim, corrigir as falhas previamente existentes, de forma contínua, com vista a um melhoramento contínuo da qualidade, tendo em conta:

- Um conhecimento mais detalhado do cliente e das suas necessidades, fazendo dele actor interventivo no seu próprio projecto de saúde, e promovendo a sua interligação com as actividades diárias da organização;

- Uma liderança capaz de modelar a cultura da organização no sentido da melhoria do desempenho profissional e dos cuidados produzidos e prestados;
- Uma prática baseada não só na experiência, mas também no pensamento científico e na escolha informada do cidadão;
- A necessidade de conhecer o controlo da variação dos processos de trabalho recorrendo aos métodos científicos de recolha de dados, análise e acções que daí advêm (Boavista, 2000; Bewick referido por Sale, 2000).

Mas, para que tal aconteça, é necessário que os programas tenham como finalidade não só o desenvolvimento de uma qualidade efectiva das organizações, mas também a sua manutenção. Por conseguinte, os modelos relacionados com a promoção, avaliação e certificação da qualidade que têm vindo a surgir quer nos EUA quer na Europa “*tentam conciliar práticas de promoção de segurança, racionalização de processos, políticas de redução de custos e simplificação dos sistemas de auditoria*” (Abreu, 2003, p. 40). Contudo, para que a sua aplicação tenha sucesso e tanto os prestadores como os utilizadores dos cuidados beneficiem, é necessário que se consiga não só uma intervenção a nível das infra-estruturas, equipamento e dotação de recursos humanos, mas também mudança de mentalidades e comportamentos, contribuindo para uma cultura de responsabilização.

Neste âmbito, a acreditação torna-se uma mais valia, já que permite que uma instituição ou organização avalie e reconheça “*que um programa de estudo ou uma instituição está de acordo com normas pré-determinadas*” (OMS, glossário preparado para o European Training Course on Quality Assurance, 1986, citado em Sale, 2000, p. 141).

Nos discursos actuais, ao falarmos do processo de acreditação, temos que nos reportar, inevitavelmente, a uma gestão adequada da qualidade total; garante-se, assim, a promoção da “*eficácia e flexibilidade do serviço como um todo – uma forma de organizar e envolver a totalidade do serviço, cada autoridade, unidade, departamento, actividade, cada uma das pessoas em cada nível para garantir que as actividades estão organizadas tal como foi planeado, procurando-se o aperfeiçoamento contínuo no desempenho*” (B. Morris, “Total Quality Management”, *International Journal of Health Care Quality Assurance* [1989] 2(3), 4-6, citado em Sale, 2000, p. 143).

A nível nacional, o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), que surgiu em 1997, está especificamente voltado para estas problemáticas, desenvolvendo, muitas vezes,

protocolos com fundações internacionais, com o objectivo de desenvolver normas que operem como termos de comparação e de detecção de erros, indo assim de encontro às expectativas criadas pelos clientes das instituições de saúde e a uma adequada gestão organizacional. O desenvolvimento da qualidade passa, sem dúvida pelo abandono de alguns procedimentos em detrimento de outros; a prática baseada quase exclusivamente na experiência deve-se transformar numa prática baseada também na ciência com a valorização do consentimento informado por parte do cidadão; a melhoria deve ser baseada não só no desempenho mas também na inclusão dos cidadãos com um projecto individual de saúde; a qualidade não pode ser encarada de uma forma fragmentada mas sim com base numa interdisciplinaridade conducente à melhoria constante da produção e prestação dos cuidados de saúde; as avaliações da qualidade e a educação profissional contínua devem confluir para uma gestão efectiva da doença de acordo com padrões de qualidade (Boavista, 2000).

Por outro lado, estando inseridas num determinado contexto ecológico, as organizações devem ter em consideração as zonas do espaço clínico consideradas mais periféricas. Desta forma, a procura da qualidade deverá passar não só pela busca de objectivos operatórios e pela avaliação de acordo com determinados indicadores, mas também pela harmonização de dimensões psicológicas e emocionais como a auto-estima, a motivação, as representações e a identidade profissional (Abreu, 2003).

Todos estes domínios são importantes quando uma organização considera o recurso a qualquer modelo de qualidade.

As vantagens da existência de um modelo estruturado e sistematizado tem sido alvo de reflexão de alguns autores. Abreu (2007, p. 205) faz alusão a algumas consequências no seio das organizações de saúde: passa a existir uma maior abertura e centralização no cliente; são definidos objectivos baseados na realidade da prática; os recursos são optimizados; fazem-se notar melhorias contínuas; aumenta a atenção disponibilizada para os processos e todas as suas variáveis que advêm de todo o ambiente ecológico onde ele decorre; são valorizadas as interacções e as dimensões colectivas; a tomada de decisão é baseada em informação menos dispersa, mais documentada, organizada e sistematizada; existe um processo dinâmico de monitorização, por parte de instâncias pré-definidas, onde toda a organização é envolvida e de (re)orientação das práticas.

Estas dimensões têm-se vindo a manifestar em contexto nacional, sendo resultado de um processo de acreditação da qualidade baseado em modelos de acreditação como o *King's Fund Health Quality Service* e o da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*.

O do *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS) será, talvez, o mais adoptado. Com sede no Reino Unido, esta fundação (sem fins lucrativos) nasce com o Rei Eduardo VII, em 1887, no Reino Unido, com o objectivo inicial de angariação de dinheiro para os hospitais londrinos. Foi no final da década de oitenta do século passado que o KFHQS desenvolveu programas de melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados nas instituições de saúde do Reino Unido, baseados também em programas já existentes em países como o Canadá e a Nova Zelândia.

Este modelo de qualidade baseia-se nas Normas ISO 9000. A característica que o define é a «concentração de um conjunto de competências nas autoridades locais de saúde, as quais teriam responsabilidades nas definições de “standards” de “boas práticas”» (Abreu, 2003, p. 41). A sua implementação implica o recurso a orientadores e facilitadores que passam a integrar os sistemas de monitorização das práticas, no decorrer do processo.

Hoje em dia, o objectivo último é garantir aos clientes um serviço de saúde com elevados padrões de qualidade; para isso, tenta-se dissipar as lacunas detectadas por um processo de avaliação conduzido por equipas externas à instituição. Apesar da ênfase imprimido ao processo, as pessoas envolvidas, o contexto e os resultados também são considerados. A avaliação incide sobre os procedimentos relativos às práticas de médicos, enfermeiros, auxiliares, administrativos e restantes colaboradores e os seus resultados originam a definição de medidas correctivas com vista à melhoria do desempenho. Outra das estratégias do *King's Fund* é a inclusão de todos os intervenientes na prestação dos serviços de saúde (internos ou externos) na avaliação dos mesmos; são avaliados parâmetros como a satisfação de profissionais e clientes e o impacto que o serviço teve na comunidade. Durante a aplicação deste processo os colaboradores têm a possibilidade de participar na auto-avaliação. Desta forma, todos verificam se o seu desempenho e o do hospital é ou não de qualidade; tal irá facilitar a introdução das medidas correctivas necessárias.

Efectivamente, a acreditação da qualidade (ou sistema de auditoria organizacional) é composta por algumas etapas. Sale (2000) considera três:

- Desenvolvimento de normas relativas ao processo de prestação de cuidados (através da consulta das organizações, sendo revistas anualmente);
- Implementação das normas (as linhas de orientação para a sua interpretação e os materiais necessários para a sua implementação são fornecidos pelos organismo de acreditação);
- Avaliação da adesão às normas (através de um inquérito aplicado por uma equipa escolhida pela sua perícia num serviço de saúde específico).

Para Boavista (2000) e Abreu (2003), a aplicação do sistema compreende seis fases:

- Desenvolvimento e padrões aceitáveis para a instituição, legislação nacional e comunitária;
- Auto-avaliação periódica, auditorias com vista à evolução;
- Revisão por pares especializados;
- Relatórios intercalares;
- Acreditação;
- Análise dos seus efeitos nos intervenientes e na sociedade.

Para Abreu (2003, p. 41) este processo de acreditação e re-acreditação (passados três anos) engloba diferentes estádios de supervisão das práticas clínicas.

De acordo com Peter Griffiths, que lhe chama “uma agência de desenvolvimento”, a metodologia que desenvolve o *King's Fund* é, hoje em dia, utilizada em Inglaterra em cerca de 35% dos hospitais públicos e em 80% dos privados, esperando-se, porém, que nos próximos quatro anos todos os hospitais do Reino Unido sejam aderentes. A internacionalização do *King's Fund* nomeadamente para Portugal, terá tido como principais motivações a optimização do processo através da partilha de experiências dos diversos países onde é adoptada; no caso nacional, as organizações portuguesas poderão beneficiar das metodologias que se revelaram eficazes nos sistemas de saúde ingleses. Em Portugal terá sido o Hospital Pedro Hispano, no Porto, o primeiro a beneficiar deste programa de qualidade.

Actualmente, no contexto nacional, o seu lema principal é contribuir, de alguma forma, para a garantia das práticas de qualidade através do desenvolvimento, por parte do

Governo e do Instituto de Qualidade em Saúde, de um programa próprio de acreditação para que, no final do processo, se possa falar num sistema português de qualidade na saúde.

Apesar deste ainda ser o modelo mais adoptado em contexto nacional, existem outros programas de acreditação, a que iremos fazer referência.

O “modelo EFQM” foi desenvolvido em 1988 pela *European Foundation for Quality Management*, com o objectivo de atingir a “excelência sustentável” a nível das instituições de saúde europeias, através da avaliação organizacional no desenrolar do caminho para a excelência. O modelo é regulado pela lógica RADAR, onde se evidenciam os resultados, a abordagem, o desdobramento, a avaliação e a revisão. A auto-avaliação, que é o elemento fundamental para a melhoria da qualidade das práticas, engloba dimensões como a formação, a comparação, a supervisão das práticas, a gestão da mudança e a partilha das “boas práticas” (Abreu, 2003, p. 41).

Outro modelo é proposto pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, nos EUA. Para esta instituição, qualidade significa “o grau de desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde aos indivíduos e à comunidade, bem como o tipo de metas definidas, tendo em conta os conhecimentos científicos actuais” (IOM, 1990), e qualidade dos cuidados “the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current Professional knowledge” (JCAHO, 1993, citado por Abreu, 2007, p. 200).

Este modelo é constituído por normas que estão direccionadas para áreas específicas da saúde. A finalidade será avaliar os resultados ou “outcomes”, a segurança dos cuidados e a sua aceitação pelos clientes. O modelo faz referência às actividades de formação, suporte, gestão da informação e avaliação e põe em causa a autoridade e autonomia para a avaliação e actuação das estruturas hierárquicas no domínio do seu próprio sector profissional (Abreu, 2003, p. 42). Por exemplo, Abreu (2003, p. 41) faz referência às normas HR.1.30 (que se refere à capacidade que a organização tem de desenvolver processos de supervisão clínica com base na identificação de indicadores de qualidade e no processo de avaliação), HR.2.10 (que se refere à integração e acompanhamento de novos profissionais, alunos e voluntários) e HR.2.20 (que permite avaliar a capacidade que esses elementos têm de descrever e demonstrar as responsabilidades que lhes são atribuídas). A nível da enfermagem, ressalta a importância

da supervisão clínica em enfermagem, havendo necessidade de existir de um programa que permita medir, acompanhar e melhorar as práticas (Abreu, 2007).

Apesar de emergirem linhas de actuação orientadas para cada profissão, o modelo faz ressaltar as vantagens da definição de um projecto comum, onde se fomenta a colaboração interdisciplinar como meio de promoção dos sistemas de qualidade.

Ao analisarmos estes três sistemas de regulação da qualidade verificamos que todos se centram na estrutura, nos processos e nos resultados (Abreu, 2003, 2007). A valorização da supervisão clínica será potenciadora e facilitadora da qualidade do cuidar em enfermagem com base numa constante reflexão sobre eles.

Neste âmbito, o enfermeiro deverá ter uma acção mais interventiva na determinação das políticas sectoriais e globais da qualidade, nomeadamente na definição das “guidelines” clínicas, na medição dos parâmetros dos sistemas de regulação com base em indicadores específicos tanto para identificar e ultrapassar os eventuais erros como para identificar/implementar/monitorizar as boas práticas individuais ou colectivas, reforçando a dimensão ética do cuidar e promovendo a interdisciplinaridade (Abreu, 2007).

A nível da enfermagem, uma das principais preocupações será que a prestação de cuidados esteja de acordo com os padrões que tenham sido claramente definidos e aceites. Tal como Smith e Cottrell (2000) e Abreu (2003, 2007) achamos que, qualquer que seja o modelo adoptado e o contexto para a implementação dos sistemas de gestão da qualidade, a supervisão clínica em enfermagem tem sempre um papel de relevo no que concerne à qualidade das práticas, pois permite que elas sejam (re)ajustadas de acordo com a realidade das organizações.

Mas a mudança não é fácil...para que ela seja eficaz e sólida, é necessário assegurar que seja fornecido um apoio, podendo fornecer informação, educar e acompanhar, tendo em conta e aproveitando a experiência dos outros.

3.4. Relação supervisiva, interações e dinâmicas de formação

*“É impossível e imoral pretender mudar o Homem, mas
pode-se ajudá-lo a mudar-se a si próprio”*

(Michele Crossier *cit in* Canário, 1997, p. 119)

A aceitação e implementação do processo de supervisão nos domínios da enfermagem têm vindo a ser alvos de alguns condicionalismos impostos pelos próprios enfermeiros. Talvez pelo desconhecer do próprio conceito e pela falta de vontade de o conhecer. Talvez porque seria sistematicamente confundido e associado e confundido aos órgãos de gestão. Talvez porque mesmo conhecendo o processo, a sua implementação exige um dispêndio de esforço e tempo acrescidos.

Mas, independentemente de tudo isto, a supervisão clínica em enfermagem é necessária. E é urgente que se continuem a mudar mentalidades e que se esclareçam dúvidas e concepções erróneas que ainda existem, para que ela aconteça.

Carroll (2005, p. 1) diz: *“a supervisão não acontece simplesmente; se não tiver limites ou acordos bem definidos tende para a desintegração em conversas de café apressadas ou então não acontece mesmo”*.

As barreiras que se interpõem no decurso do processo são de várias ordens: porque, tal como é referido, o próprio termo supervisão remete já para conceitos encarados como negativos, como por exemplo o controle e a avaliação, porque existem demasiados aspectos éticos a ter em consideração, porque existe confusão relativamente aos papéis que devem assumir o gestor (antigamente, talvez, administrador), o enfermeiro chefe e o supervisor clínico.

Mas achamos que a maior resistência advém da forma como os actores perspectivam o supervisor. As razões para que tal aconteça são diversas. Muitos podem, efectivamente, reportar-se à figura do antigo “enfermeiro supervisor”.

A este respeito Bernard e Goodyear (1998) referem que, apesar da finalidade ser diferente, algumas pessoas podem confundir a avaliação do desempenho com a supervisão. Por sua vez, Jones (1999), diz que apesar de ser uma prática frequente, é atribuído ao enfermeiro chefe ou responsável a tarefa da supervisão da restante equipa; tal poderá conduzir a adulterações da relação supervisiva.

Face a isto, importa, pois, esclarecer os actores organizacionais sobre todas estas problemáticas, de forma que o processo seja correctamente implementado. O decorrer deste processo requer a distinção crítica dos elementos de suporte, gestão e educação profissional em enfermagem, com o objectivo de definir a contribuição única que a supervisão clínica pode trazer para cada área de especialidade da prática de enfermagem.

Os modelos de enfermagem, a experiência da instituição, as formas de organização das práticas, a organização local da formação e os percursos pessoais devem ser tidos em conta quando se pretende desenvolver um processo de supervisão.

Se tal acontecer, pode iniciar-se o trajecto da supervisão. De acordo com alguns autores, existem várias fases que, embora podendo ultrapassar-se ou interpor-se em contexto da prática clínica, o constituem.

Como exemplo fazemos alusão ao modelo de Nicklin, referenciado por Abreu (2002, 2003), abordado anteriormente, por estar direccionado não apenas para o domínio emocional, mas para a prática clínica na sua globalidade. O autor considera seis fases do ciclo do processo de supervisão:

- **Objectivo:** análise da situação problema (a nível das competências, da gestão, dimensões interpessoais)
- **Identificação do problema:** clarificação das áreas do problema
- **Contextualização:** definição de objectivos de forma a ir de encontro às expectativas da instituição, dos utentes e do profissional
- **Planeamento:** preparação da intervenção em conjunto com os intervenientes
- **Implementação:** implementação das acções previamente planeadas
- **Avaliação:** avaliação dos resultados e do processo de supervisão

Sendo um processo cíclico e contínuo, o que se pretende quando se fala em supervisão é o desenvolvimento de competências profissionais através da formação (nomeadamente aquela que resulta da prática), a avaliação da qualidade dos cuidados prestados (pela verificação e medição de critérios pré-estabelecidos em conjunto e dos resultados) e dar suporte aos profissionais.

Um dos actores que contribui em muito para que tal se consiga é o supervisor.

Cottrell (2000a) considera a figura do supervisor em oito domínios:

- **Foco de atenção:** orienta os supervisandos de forma que as suas práticas sejam de qualidade, abrangendo dimensões como a segurança, a congruência, a veracidade;
- **Perspectiva:** encaminha no sentido estabelecer um acordo entre o ponto de vista e o papel atribuído ao supervisando;
- **Análise Reflexiva:** orienta no sentido de estabelecer um lugar comum entre papel na organização e papel na sociedade;
- **Perspectiva Temporal:** encaminha no sentido de estabelecer ligações úteis entre o passado, o presente e o futuro;
- **Esperanças:** que existam outros voluntários empenhados no processo;
- **Área de Intervenção:** guia no sentido de desenvolver a harmonia entre o trabalho e a criatividade e objectivos pessoais;
- **Expectativas:** ajuda os supervisandos a articular a sua perspectiva com a missão da organização;
- **Inspiração:** guia as pessoas de forma que se adaptem à mudança, que reconheçam que existe o conhecimento e a prática, e que o façam sempre com motivação.

Desenvolver-se como supervisor significa possuir determinadas qualidades que permitam ser competente na realização de várias actividades. Autores como Bernard e Goodyear (1998), Bond e Holland (1998), Cottrell (2000a, 2000), Abreu (2002, 2003, 2007), entre outros, abordam esta temática.

Quando nos reportamos aos contextos da prática clínica de enfermagem, o supervisor deve ser encarado como aquele enfermeiro que, para além de orientar, consegue avaliar as necessidades de formação e de apoio emocional, promover e participar em processos de mudança, incentivar as boas práticas, promover a auto-reflexão e desenvolver processos de reflexão-acção sobre o seu papel como supervisor (Abreu, 2002).

As competências nos domínios organizacional, interpessoal, reflexivo e do auto-conhecimento assumem grande relevância no desempenho deste papel.

As competências organizacionais passam pela capacidade de gestão do processo de supervisão (estabelecer relações contratuais, gerir os recursos e os tempos, administrar) mantendo um clima ideal para que se estabeleça e se desenvolva a relação supervisiva.

As competências interpessoais implicam o ouvir, o atender, o saber o que foi dito e parafrasear utilizando diferentes palavras, o compreender a componente emocional do que foi dito, a focalização no cerne do assunto, o questionamento, a capacidade de sintetização, o saber desafiar e o saber (co)planear as acções. Numa relação supervisiva é, muitas vezes, necessário que o supervisor desperte a curiosidade do supervisando, gerando diferentes perspectivas de uma mesma situação, mas convidando-o sempre a chegar às suas próprias soluções; deve saber quando dar um feedback positivo e confirmar a capacidade do supervisando; pode, também, necessitar de criar novas perspectivas da relação enfermeiro/doente. Contudo, deve-se sempre ter em atenção que um dos actores é o supervisor e o outro o supervisado, não esquecendo que tem que existir alguma “autoridade da supervisão”.

A nível reflexivo, deve ser capaz de pensar na, para e sobre a sua experiência e de conduzir os supervisandos a fazê-lo (a procurar as razões que justificam as acções, a tomar consciência da experiência e a saber criticá-la e a usar actividades mentais que a possam tornar aprendizagem).

No domínio do auto-conhecimento, um supervisor, enquanto actor que ajuda alguém, deve pensar porque o faz e deve ter consciência que as suas acções podem influir na vida de outros. Para isso é necessário que explore aspectos de si próprio, nomeadamente a nível comportamental, psicológico ou físico que se desenvolva pessoal e interpessoalmente. Tal remete-nos para o facto do dever que o supervisor tem de se disponibilizar para ser supervisado.

Acresce-nos, ainda, dizer que um supervisor é caracterizado por possuir conhecimentos especializados, ter formação específica para desenvolver e fazer evoluir o processo supervisivo e possuir capacidades formativas. Na medida do possível, deve ser sempre escolhido pelo supervisando (Abreu, 2002, p. 56).

São vários os autores que assumem a relação supervisiva como um dos principais factores para o sucesso da SC. Na realidade, ela poderá condicionar a aprendizagem e formação que ocorre através da prática partilhada baseada numa dimensão reflexiva da pessoa e dos contextos socioculturais.

Sá-Chaves (2000) fala-nos no “*Princípio Multiplicador da Diversidade*”, inerente à relação interpessoal que se estabelece durante o processo. Neste domínio Tavares (1993, p. 14) considera que esta relação interpessoal traduz 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 possa subalternizá-lo e muito menos manipulá-lo ou reduzi-lo». Considera que ela ocorre com um objectivo construtivo e num determinado contexto contribuindo, assim, para o desenvolvimento da pessoa até ao máximo das suas potencialidades. Estas serão as bases da relação supervisiva, que Tavares e Alarcão (1987, p. 73) definem como uma relação experiencial, “que se constrói através dos sentimentos, das emoções, das percepções e do significado profundo que a pessoalidade de um sujeito tem para o outro sujeito na interacção recíproca da dinâmica intersubjectiva em cada um dos seus momentos”.

Acker (1992) fala na complexidade da relação supervisiva, considerando-a como: *“a relationship between unequals, the objective which is equalization. This would seem to be an inherent contradiction, a paradox, and is the challenge in supervision”* (Bernard e Goodyear, 1998).

Sá-Chaves (2000), a propósito da relação supervisiva, enumera alguns aspectos relacionados com o supervisor, que se afiguram importantes para a aquisição das competências relacionais tão importantes para que o sucesso seja efectivo. Fala no conhecimento dos contextos ecológicos (desde o nível micro ao macro), no conhecimento dos fins e objectivos de todos os domínios da supervisão, no conhecimento dos supervisandos (onde se inclui a sua individualidade, nas suas múltiplas dimensões, e o seu cariz dinâmico) e no conhecimento de si mesmo (que lhe irá permitir adaptar de forma consciente todas as suas acções com objectivos pedagógicos).

Postic (1990), Seco (1997), Bernard e Goodyear (1998) consideram que ambos os actores da relação se implicam com toda a sua pessoalidade, tendo em conta as necessidades e expectativas do outro; por outro lado, a afectividade detida na relação supervisiva garante a compreensão e a reflexão sobre o conhecimento transmitido ou apreendido e observado sendo, portanto, importante para que se aprenda.

O sucesso da supervisão clínica em enfermagem está, então, sempre dependente da qualidade da relação que se estabelece (Ooijen, 2000 e Abreu, 2002, 2003, 2007). Para isso contribuem não só a individualidade dos intervenientes (atendendo sempre às características que deve ter o supervisor) como também o conhecimento e o respeito por si e pelo outro; a relação deve ser baseada numa comunicação caracterizada pela

assertividade, com o objectivo de despoletar ou mater um ambiente propício ao processo supervisivo. Ela é, portanto, única e irrepetível, na medida em que cada díade ou grupo supervisivo tem o seu próprio ritmo, sequências e conteúdos a abordar.

Bernard e Goodyear (1998) chamam a atenção para os factores que a poderão afectar: o género, a raça/etnia, as crenças e a identidade cultural, o estilo cognitivo e de aprendizagem, o estágio de desenvolvimento (nomeadamente o que resulta da aprendizagem ao longo da vida), o estilo pessoal e a “opressão” (no caso da supervisão em grupo, nomeadamente a que pode surgir entre os seus elementos). Fazem ainda referência a autores como Tracey *et al* (1989) e a Albott (1984) que incluem nestes factores o tipo de doentes, a preparação e o planeamento do processo, bem como a forma (individual ou em grupo) e o método (observação directa ou análise de notas de campo).

As estratégias e formas de organizar e de conduzir o processo são, então, determinantes para o sucesso da aprendizagem. Neste sentido, se é certo que existem vários factores (alguns já referidos) que concorrem para a obtenção de elevados níveis de qualidade há, no entanto, um que é decisivo – o adequado desempenho dos actores que intervêm no processo de produção – e que confere à formação um estatuto de instrumento estratégico para a consecução da tão desejada qualidade (Botelho, 1993).

Sendo o hospital um espaço social fundamental, quer no que se refere à produção de cuidados quer no que concerne à formação dos profissionais de saúde (Abreu, 2001), ao investir na formação, esta instituição torna-se um meio educativo por excelência, pondo em prática um desenrolar contínuo do desenvolvimento individual e colectivo (Botelho, 1993). Talvez por isso se fale que *“as organizações de saúde (...) constituem sistemas de acção colectiva não redutíveis a agregados de indivíduos, em que a acção e a interacção colectivas tendem a ser reguladas por mapas cognitivos comuns, construídos e reconstruídos, de forma permanente, por actores em contexto”* (Canário, 1998, referido por Abreu, 2001).

Nesta perspectiva holística do funcionamento dos sistemas emergem práticas formativas preocupadas com o *“desenvolvimento de relações sociais densas nos contextos de trabalho, e já não exclusivamente centradas na formação das competências individuais (...) que não são exclusiva nem principalmente de natureza técnica, mas de natureza organizacional, e a sua produção não pode ser dissociada do exercício do trabalho”* (Correia, 1999, p. 6-7). Neste contexto, o enfermeiro competente tem que ser capaz de

mobilizar, no momento certo, os conhecimentos e as capacidades adequados a uma determinada situação. Sendo parte integrante da organização hospitalar, o seu conhecimento baseia-se num conhecimento dos contextos em que está inserido, num conhecimento de conceitos e processos teoricamente aprendidos, num conhecimento que nasce da experiência e que é derivado de situações e actualizado em cada novo contexto sendo progressivamente construído (Alarcão, 2001), num ajustamento recíproco.

Numa perspectiva supervisiva, a mesma autora refere a importância do “*conhecimento dos contextos, dos conteúdos, da dimensão pessoal dos sujeitos que interagem entre si*” na procura de soluções adequadas caso a caso. É esta estratégia que se traduz no “*saber pensar e na obrigação de o fazer a todo o instante no exercício das práticas*” (Sá-Chaves, 2000, p. 90). É nesta perspectiva que se torna necessário um olhar diferente sobre a formação em enfermagem e sobre os processos que a acompanham.

Na opinião de Smyth, a dinâmica da reflexão sobre o processo de supervisão clínica, levado a cabo no âmbito da formação contínua, permite relacionar a experiência, conceptualização, acção, observação, reflexão e a sua avaliação, enquadrando-se, assim, no processo de desenvolvimento humano e profissional do enfermeiro (Alarcão e Tavares, 2003, p. 123).

Carroll (2005) descreve um caminho para o acesso da supervisão à experiência (ao qual também já fizemos uma referência anteriormente): é o que Schön descreve como reflexão na e sobre a acção. A primeira é o reflectir sobre um incidente depois de ele acontecer; os supervisandos poderão reportar as suas reflexões para as sessões de supervisão usando diários reflexivos, blocos de notas ou talvez análise de incidentes críticos. A segunda é a reflexão sobre um incidente à medida que ele vai ocorrendo; o pensamento dos supervisandos reflecte a acção enquanto ela ocorre. Conforme se vão tornando mais experientes, os supervisandos vão utilizar mais facilmente este tipo de pensamento reflexivo, reportando as suas razões, justificações ou mudanças na prática, para as sessões de supervisão. A este respeito, fazemos mais uma vez alusão a Johns (1993) referido por Carroll (2005), e ao seu modelo reflexivo:

Quadro 2 – Modelo Reflexivo de Johns (adaptado de Carroll, 2005)

1) Descrição	2) Reflexão	3) Factores que influenciam	4) Estratégias alternativas	5) Aprendizagem
Onde o supervisor pode descrever a experiência focalizando-se em factores internos/externos	Onde o supervisor pode referir quais as consequências e o que é que tinha previsto atingir	Quais foram os acontecimentos internos/externos que influenciaram a decisão do supervisor	Poderia o supervisor ter um comportamento mais adequado face à situação	<ul style="list-style-type: none"> - Qual o sentido que o supervisor dá, agora, à experiência; - Quais as experiências que mudaram a sua forma de aprender; - Como é que as irá gerir no futuro

É neste contexto de supervisão que a construção partilhada de saberes se torna uma mais valia, assentando num “*processo permanente de enriquecimento mútuo e de ajuda, assente numa relação interpessoal saudável*” (Alarcão e Tavares, 2003, p. 129), indo de encontro ao que Sá-Chaves (2000) considera como o “*Efeito Multiplicador da Diversidade*” numa “*atmosfera de confiança*”.

A formação surge, então, como um factor importante na mudança do indivíduo, dos contextos de trabalho e da organização, intervindo na intercomunicabilidade entre redes e não sendo só uma resposta ao trabalho intencional do formador.

Assim sendo, a lógica da formação não se subordina à lógica do formador, havendo então um reconhecimento da importância do informal e valorização de outras modalidades de formação para além das consideradas formais (Abreu, 2001). Podemos reportar-nos a Guimarães (s.d., p. 2) que considera que, apesar da importância de todas as aprendizagens formais, aquelas que apresentam maior interesse para a formação prendem-se com as situações formativas informais que se baseiam na experiência e que ocorrem “*na sequência de situações nas quais os indivíduos pensam sobre os acontecimentos que vivem e estão na origem de posteriores alterações de comportamentos e atitudes*”.

Abreu (2001) salienta que a aprendizagem está directamente relacionada com as experiências avaliadas como significativas, pelos sujeitos. Depende, portanto, das estruturas cognitivas prévias e dos factores de mediação que determinam a relevância do acontecimento.

Achamos pertinente fazer aqui referência ao modelo de tutoria (chama-se tutor àquele que supervisiona os estágios clínicos de enfermagem) já que, como diz Abreu (2003, p. 12), “*o ensino clínico é [também] uma dimensão estruturante da qualidade dos cuidados de saúde*”. Não serão apenas os alunos que beneficiam do processo, sendo que os profissionais também podem ver satisfeitas as suas necessidades a nível da formação.

Apesar da figura do mentor/tutor geralmente se modificar após o término da formação inicial e com o período de integração na vida profissional, o processo de supervisão deve-se manter, embora seguindo diferentes trâmites e acompanhando a formação contínua. O crescimento de uma dinâmica auto-formativa e auto-supervisiva bem como a ajuda de um supervisor – colega, tornam-se cruciais para o desenvolvimento de práticas de qualidade. Tal como referimos anteriormente, este último deve ser detentor de uma capacidade de comunicação, baseada numa relação de confiança, que lhe permite a transmissão do seu conhecimento mais especializado. Também se deve disponibilizar para ser supervisionado, possuir uma preparação específica para desenvolver o processo e utilizar os resultados das pesquisas para fazer evoluir a supervisão (Abreu, 2002, p. 56).

Não é necessário que exista, ao longo deste processo, aquele que avalia e o avaliado, ou até mesmo o profissional mais experiente e o inexperiente; o importante será a vontade de cada actor em reflectir sobre e na prática, tendo em conta os objectivos e resultados obtidos, com vista a resolver da melhor forma os problemas detectados e as dificuldades que vão surgindo. A supervisão clínica em enfermagem será, por conseguinte, um processo de enriquecimento permanente e mútuo entre actores – colegas, onde se torna fundamental a ajuda, com base numa relação empática que favoreça a aprendizagem num contexto de auto e hetero-supervisão (Alarcão e Tavares, 2003). Nesta perspectiva, podemos considerar a supervisão clínica como uma mais valia da aprendizagem, já que propicia a orientação e a avaliação influenciando, também, nos processos pessoais de controlo (Abreu, 2003).

Os enfermeiros devem orientar, ao longo da sua vida, o seu desenvolvimento educacional, de forma que tenham a verdadeira possibilidade de se adaptarem e de acompanharem as mudanças que se vão fazendo sentir, num processo preferencialmente inclusivo. Por conseguinte, a supervisão clínica em enfermagem deve estar ao alcance de todos os profissionais e deve ser apoiada pela cultura organizacional, de forma que haja uma possibilidade acrescida da resolução dos problemas identificados (Howatson-Jones,

2003). Não se pode descurar o facto de que este processo ocorre num meio que, também ele, está em desenvolvimento e em contínua aprendizagem.

A prática da supervisão clínica em enfermagem será o fio condutor da aprendizagem e do desenvolvimento profissional, já que se configura como uma procura de qualidade através de um constante aperfeiçoamento e auto-actualização (que surge como tendência de procurar atingir o máximo de realização e satisfação do potencial humano de cada indivíduo). O conhecimento pessoal, a consciência e a capacidade reflexiva do supervisando são pressupostos que lhe permitem a construção de uma ideologia de confiança e uma contínua progressão.

Alguns autores enfatizam a importância dos sistemas existentes nos contextos de trabalho, bem como o estabelecer de uma relação de confiança mútua entre supervisor e supervisando, para que se crie uma atmosfera positiva que conduza ao desenvolvimento profissional através da supervisão clínica (*op. cit.*). O formador/supervisor, apesar de poder ou não ser hierarquicamente superior ao supervisando, pode surgir como um “modelo” intervindo, de igual forma, no processo de socialização dos seus pares.

A orientação organizacional e a falta prática dos supervisores podem criar barreiras à supervisão. Neste contexto de formação contínua, as lacunas no conhecimento das matérias de formação e dos fundamentos de supervisão clínica podem inibir a implementação das necessárias estratégias de avaliação (Howatson-Jones, 2003).

A falta de tempo e de recursos apresentam-se como dificuldades acrescidas no decorrer do processo e, conseqüentemente, de formação contínua. Assim sendo, os indivíduos são, muitas vezes, forçados a levar a cabo as actividades de formação num contexto temporal diferente da sua actividade profissional, o que os torna mais relutantes a nível da progressão do processo.

Autores como Duani e Kendreick, Mckeown e Thomson e Wallace, sugerem que o planeamento será a chave para minimizar o impacto das barreiras à supervisão clínica em enfermagem, o qual deverá incluir as finalidades e os objectivos, a identificação dos recursos e o tempo necessário à realização de treinos para determinar as necessidades, a consideração de um trabalho flexível e o planeamento de sessões para além das pré-estabelecidas. Estas medidas irão permitir a clarificação de qualquer malconcepção bem como uma aproximação colaborativa entre os actores, potencializando a dissipação de

ansiedades e providenciando o conhecimento para facilitar o estabelecer de uma auto-direcção (Howatson-Jones, 2003).

PARTE II

UM CASO EM CONTEXTO HOSPITALAR

1. O CASO EM ESTUDO: UNIDADE DE CUIDADOS DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Para Graça (1996), o hospital tem tido em cada época uma missão ou finalidade própria, independentemente do seu sistema de financiamento e do seu estatuto jurídico-legal – laico ou religioso, civil ou militar, público ou privado.

Cada hospital tem uma importância no nosso Sistema Nacional de Saúde. Configura-se como local de trabalho de variadas classes socioprofissionais particulares que, orientadas para a prestação de cuidados ou com funções de apoio ou de gestão, põem ao dispor da população variados saberes, conhecimentos e tecnologias, através das dimensões técnica, científica e relacional, com vista a uma melhoria do nível dos cuidados baseada nas crescentes expectativas e exigências da nossa sociedade. O sistema de poder e autoridade é próprio – embora diferente de outras organizações empresariais –, dada a crescente importância atribuída ao seu “staff” profissional. Cada hospital tem um sistema técnico e organizacional de trabalho que “transforma as matérias-primas em produtos”, tendo como objecto a doença e os seres humanos. Possui, também, uma cultura muito própria, relacionada com as representações da saúde/ doença, percursos profissionais, estratégias identitárias e ideologias.

O mesmo autor enquadra o hospital no domínio daquilo a que Etzioni (1980) referido por Frederico e Leitão (1999, p. 30), chama de “organizações especializadas”, ou seja, que têm como fim específico criar, aplicar, manter ou comunicar o conhecimento, empregando no mínimo 50% de profissionais especializados. Ainda de acordo com os mesmos autores, “*todas as organizações dependem de outras para alcançar os seus objectivos*”. O hospital é, assim, uma das organizações que mais impacto produz na estruturação social, podendo influenciar todas as outras e ser influenciado por elas, na medida em que é parte integrante de uma mesma sociedade.

O hospital apresenta, normalmente, uma determinada estrutura física mais ou menos característica e um espaço físico, social e temporal de influência facilmente identificável. O seu funcionamento depende de um conjunto de normas e valores e é assegurado por uma determinada estrutura de autoridade/poder que muito influi na divisão

das tarefas e na distribuição dos papéis. É definido, à partida, o que cada um deve dar à organização e receber em troca (sistema de contribuição-remuneração). Estabelecem-se não só relações visíveis de colaboração ou afastamento, quer no interior da instituição quer entre esta e o meio envolvente, consoante os objectivos que se pretendem atingir; por outro lado, verifica-se um sistema oculto de relações e de comunicação, que se revelam igualmente importantes na análise de qualquer sistema hospitalar.

Apesar de ser uma instituição com objectivos previamente estabelecidos, com uma identidade colectiva própria (Abreu, 1994), é um espaço onde coexistem diversos profissionais de saúde com objectivos profissionais próprios, que se orientam para a resolução de problemas específicos da sua prática. Por conseguinte, e de um modo geral, a complexidade de qualquer um dos serviços de um hospital central é uma realidade, ou seja, cada serviço tem uma cultura local muito própria.

Uma vez que a nossa pesquisa se desenvolveu em torno das dinâmicas de formação dos enfermeiros, que confluem para uma acção colectiva que emerge no contexto de trabalho, consideramos, no decorrer do nosso estudo, não só os factores de índole local mas também a cultura organizacional que os influencia e condiciona através de relações de interdependência.

De acordo com o modo de investigação adoptado para a realização da investigação, o estudo de caso, optámos por uma abordagem com uma dimensão fundamentalmente interpretativa, sendo a caracterização do conjunto de práticas políticas e sócio culturais e profissionais que emergem no meio hospitalar elementos essenciais a considerar.

O estudo de caso que nos propomos realizar irá decorrer no Hospital Magalhães Lemos.

A nossa opção pela saúde mental e psiquiátrica justifica-se pelo facto de esta ter sido uma área onde se desenvolveu, historicamente, a SC. A sua pertinência emerge, também, da realidade cultural e social em que nos movemos hoje em dia, pelo que consideramos que esta é uma área em que devemos investir, a todos os níveis.

A escolha desta instituição para a realização do nosso estudo prende-se com o facto de se tratar de uma referência na área da psiquiatria, com diversas valências que lhe conferem um lugar de relevo no sistema de saúde, designadamente no Norte do país. Trata-se, ainda, de uma instituição em processo de acreditação, com todas as variáveis e dimensões organizacionais que tal facto implica.

1.1. Sobre a instituição em estudo

Para que possamos enquadrar a nossa pesquisa e para compreender o contexto em estudo, importa conhecer a instituição em questão. Para que tal fosse possível, recorreremos ao nosso conhecimento prévio sobre o contexto, à informação obtida através de entrevistas, de conversas informais e da consulta de alguns documentos.

O Hospital de Magalhães de Lemos é um hospital central especializado em Saúde Mental e Psiquiátrica, que depende do Ministério da Saúde (Serviço Nacional de Saúde). Abarca toda a região demográfica do Grande Porto (600.000 habitantes) e tem acção regional que cobre toda a Região Norte de Portugal (3.600.000 habitantes).

Foi inaugurado oficialmente em Outubro de 1962 mas só em Janeiro de 1970 foram internados os primeiros doentes, na sequência de um incêndio verificado numa das enfermarias da “Secção Clínica do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte” que funcionava no Hospital Conde Ferreira. O seu principal lema é integrar socialmente os indivíduos com patologias mentais. Para isso estabelece parcerias com Centros de Saúde e Hospitais Gerais, com estruturas de segurança social públicas ou não e com as autarquias das áreas assistenciais, de forma a poder intervir positivamente na dinamização de Unidades Residenciais e de Emprego Social para doentes com necessidades sócio familiares e profissionais.

Na área específica da formação, possui protocolos com o Instituto de Ciências Abel Salazar, com a Faculdade de Psicologia e com a de Ciências da Educação da Universidade do Porto, com o Departamento de Psicologia do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, com o Instituto Superior da Maia, com o Instituto de Serviço Social do Porto e com as diversas Escolas Superiores de Enfermagem. Tem, assim, uma grande capacidade de colaborar na formação pré e pós graduada.

Foi com a publicação da Lei n.º 36/98, de 24 de Julho e do Decreto-lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro, que ficou estabelecido o seguinte modelo de referência e de articulação estreita entre cuidados hospitalares e os comunitários:

- Os serviços locais de saúde são a estrutura assistencial básica e funcionam de forma integrada e em estreita articulação com os centros de saúde e demais serviços e estabelecimentos de saúde;

- Têm âmbito regional os serviços de saúde mental que, pelo seu grau de diferenciação ou de racionalização de distribuição de recursos, não sejam possíveis ou justificáveis a nível local;
- A actividade assistencial é prestada por equipas multi-profissionais, uma por cada sector geodemográfico, que corresponde a cerca de 80.000 habitantes;
- O ambulatório desenvolve-se sempre que possível nos Centros de Saúde, em articulação com os clínicos gerais e médicos de família. O internamento de doentes agudos e as respostas em situações urgentes ocorrem tendencialmente em hospitais gerais;
- Aos hospitais psiquiátricos incumbe assegurar, a par de cuidados de nível local, a disponibilização de respostas específicas de âmbito regional em valências que exijam intervenções predominantemente institucionais, de cuidados adequados aos doentes de evolução prolongada aí residentes, bem como prestar apoio e funcionar de forma complementar aos serviços locais de saúde mental das regiões de saúde (Martinho, 2004, p. 161-162).

O Despacho Ministerial n.º 9193/2002, de 6 de Maio, publicado na sequência do processo de devolução do antigo Hospital Conde Ferreira à Santa Casa da Misericórdia do Porto, veio redistribuir por diferentes instituições hospitalares as zonas geodemográficas antes das afectadas àquele hospital. Deste modo ficaram abrangidas pelo Hospital Magalhães de Lemos as populações de todas as freguesias do Concelho do Porto, com excepção de Bonfim, Campanhã e Paranhos, as do Concelho de Matosinhos, com excepção de Leça do Balio e São Mamede Infesta, e dos concelhos da Póvoa de Varzim, Santo Tirso, Trofa e Vila do Conde. Os centros de saúde com os quais estabelece actualmente parceira são os de Aldoar, Carvalhosa, Foz do Douro, Leça da Palmeira, Matosinhos, Modivas, Póvoa do Varzim, Senhora da Hora e Vila do Conde.

Dispõe de um serviço de consultas externas da especialidade de psiquiatria. Actualmente não dispõe de Serviço de Urgência; desta forma, o atendimento permanente é garantido pelos serviços de urgência dos Hospitais Gerais da área, nomeadamente o São João e o Santo António. Os serviços de internamento que dispõe são todos da especialidade de psiquiatria.

O Hospital de Magalhães de Lemos está situado junto da estrada interior da circunvalação, freguesia de Aldoar, Porto, ocupando uma área de cerca de 120.000 m², de estrutura pavilhonar, com lotação de 164 camas distribuídas pelos seguintes serviços:

Quadro 3 - Número de camas por serviços (Adaptado de Martinho, 2004)

Serviço	Lotação
Serviço de Obs.	20
Unidade de Psicogeriatria	12
Serviço de internamento Porto	22
Serviço de internamento Santo Tirso	22
Serviço de internamento Matosinhos	22
Serviço de internamento Póvoa /Vila do Conde	22
Unidade de Transição	22
Unidade de Apoio	22
<u>Total</u>	164 camas

Nele trabalham, neste momento, 119 enfermeiros que, tal como considera o Enfermeiro Director deste hospital, “*são poucos!*”. Quase todos os serviços têm enfermeiros chefes; só existe um enfermeiro especialista com funções de chefia.

Sendo um hospital com tradição de ensino, onde coexistiram desde sempre diversos profissionais, foi surgindo, ao longo dos tempos, uma cultura organizacional muito própria, dominada por uma variedade de “*tecidos socioculturais, racionalidades e ideologias distintas*” que se reflectem por uma confluência entre os objectivos do próprio hospital, os de cada grupo profissional e os de cada actor social (Abreu, 1994, p. 155, reportando-se a Carapinheiro, 1993).

Foi em 1998 que o Ministério da Saúde apresentou uma estratégia de “reforma” do sistema de saúde português, reforçando a ideia com um documento denominado “*Saúde, um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2000)*” (GAP – Hospital Dona Estefânia, 2005). Defendia-se que o desenvolvimento e a implementação de

sistemas de garantia da qualidade se constituía como uma peça fundamental para qualquer tipo de reformas a efectuar no Sistema Nacional de Saúde. Foi nessa altura que algumas acções e o desenvolvimento de projectos e programas de melhoria da qualidade organizacional na área hospitalar e de metodologias para o seu reconhecimento formal, tais como os protocolos estabelecidos entre o IPQ e o KFHQS, vieram dar forma a este compromisso.

Neste contexto, foi em 2005 que o hospital, com o aval do Instituto de Qualidade em Saúde, entrou num programa de acreditação com o King's Fund Health Quality Service, que conduzirá à sua acreditação. Com este projecto o Hospital tem como finalidade a melhoria dos aspectos relacionados com a prestação de cuidados aos cidadãos, a eficiência da organização e o aumento da satisfação dos seus profissionais.

Para dar corpo a este projecto global da qualidade do hospital, formou-se um grupo responsável pelo apoio ao projecto de acreditação, constituído por dois médicos, dois enfermeiros, um técnico de diagnóstico e terapêutica, um engenheiro e um administrador hospitalar. Com o objectivo de sensibilizar os profissionais do hospital e, conseqüentemente, de o recrutar para o projecto, o grupo em epígrafe realizou sessões de divulgação para todas as categorias profissionais.

Com a formalização oficial do processo foram entregues manuais a todos os responsáveis pelos serviços e departamentos e às várias comissões técnicas existentes, que se faziam constituir pelas normas do manual do KFHQS, com vista à realização do diagnóstico base.

Um dos principais momentos terá sido, efectivamente, o da realização do diagnóstico da situação do hospital face ao sistema de qualidade; marcaram-se reuniões com elementos dos serviços, que foram dando contributos em vários domínios: uma compreensão efectiva das normas e critérios do manual, levantamento inicial com vista à avaliação da conformidade dos serviços com as normas do manual, identificação das áreas comuns com necessidade de intervenção a nível da instituição e na identificação de possibilidades de melhorias específicas de cada serviço.

Em concomitância com o descrito, as instalações do hospital estão a ser visitadas por técnicos do King's Fund com o objectivo de tomar contacto com a organização, funcionamento e estruturas do hospital.

Posteriormente à identificação das não conformidades, despoletou-se, a nível do hospital, o desenvolvimento de planos para as áreas de intervenção consideradas prioritárias.

Este processo, talvez devido à inquestionável complexidade do sistema das redes hospitalares em questão, retarda-se até hoje. Contudo, denota-se já uma mudança da cultura hospitalar. A tomada de consciência das necessidades cada vez mais prementes a nível da formação, da identificação, compreensão e aceitação dos objectivos de carácter institucional, de serviço e individual, por todos, e a criação de grupos de trabalho supostamente capazes de identificar tais objectivos e de avançar com a implementação de sistemas de informação e comunicação têm vindo a contribuir, embora paulatinamente, para um crescente empenho e para o desenvolvimento de competências dos profissionais.

O culminar deste projecto resultará, idealmente, na Acreditação do Hospital que, podendo não ser um fim em si, é um instrumento para a contínua melhoria da qualidade.

1.2. Análise sócioclínica do contexto da pesquisa

De um modo geral, existe uma complexidade de qualquer um dos serviços dum hospital central. Aí, coexistem diversos profissionais de saúde que se orientam para a resolução de problemas que se originam no decurso da sua prática profissional. Apesar de todas as suas vivências serem distintas, podemos verificar a formação de uma identidade colectiva (Abreu, 1994) que se denota, também, na interdependência entre eles, em contexto de trabalho, num ambiente onde predominam situações clínicas que podem, por vezes, ser muito complexas.

A psiquiatria é um espaço que, dadas as características dos cuidados prestados, se configura como um contexto de grande exigência para aqueles que ali trabalham, nomeadamente para os médicos, auxiliares e enfermeiros.

Mas se fazemos referência à psiquiatria temos que enquadrar no âmbito da Saúde Mental. Na realidade, face à cultura e à sociedade exigente em que vivemos, as dimensões psicológica e emocional das pessoas podem tornar-se mais débeis estando, por isso, mais susceptíveis à instabilidade e à perturbação. Esta torna-se, portanto, uma área da saúde em

que se deve investir de uma forma mais premente, sendo por isso necessário que todos os profissionais que coexistem nas instituições de saúde tentem identificar conceitos e estratégias para uma maior e melhor intervenção.

Numa perspectiva histórica da abordagem à saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente no que diz respeito a um passado recente (século passado), encontramos – talvez devido à influência duma separação relativamente definida dos “paradigmas” (se é que assim lhes podemos chamar) médico, psicológico e social – uma maior focalização na doença do que propriamente na saúde. Hoje em dia considera-se a importância duma abordagem holística da pessoa e, por conseguinte, deve pensar-se na prevenção da doença e promoção da saúde, através duma análise do bem-estar em si mesmo. Surgem, assim, definições divergentes do conceito tradicional da saúde como a ausência de doença.

Martinho (2004, p. 50) adopta a definição do conceito proposta por Milheiro (2001): *“Saúde Mental é a capacidade que o ser humano tem em se situar fluentemente em três vertentes: na relação consigo próprio, na relação com os outros e na relação prática com a vida. Trata-se de um sentimento de bem-estar centrado numa harmonia interior. Supõe um prazer de funcionar, realizado de forma tão íntima que em circunstâncias normais nem sequer se consciencializa. É uma função essencial na existência, uma condição primordial, não susceptível de ser contabilizada”*.

Na perspectiva dos autores acima referidos, a saúde mental poderá ser influenciada por factores constitucionais, psicológicos internos, organizados no desenvolvimento da pessoa e que, por isso, se tornam factores de pressão do ambiente, que podemos referir em quatro pontos:

- A vulnerabilidade da pessoa depende dos contextos do seu desenvolvimento;
- Esses contextos ou ambientes poderão ser prejudiciais sempre que não reflectam a ecologia humana na sua dimensão holística, nomeadamente quando agridem ou exijam capacidade de adaptação interna ou externa para além dos limites suportados;
- A estabilidade da organização social onde cada um se insere, o projecto relacional e afectivo existente, a comunicabilidade em sentido geral, a definição de papéis familiares, profissionais, sociais, são elementos significativos que compõem o ambiente ecológico da pessoa;

- Actualmente, para além das questões relacionais, factores como a competição, ostentação, consumismo, insegurança, aceleração, voracidade como objectivo, imediatismo como “solução”, podem configurar esses ambientes.

O equilíbrio estabelece-se, assim, pela díade relacional entre o interno e o externo, onde a acção do meio é uma peça fundamental podendo, inclusivamente, tornar-se patogénica. Nesta óptica, pode-se considerar que qualquer indivíduo tem a possibilidade de desenvolver sintomas psicopatológicos. O que determina (ou distancia) esse facto é a maior ou menor fragilidade de cada um. Compreende-se, também, que esses sintomas comportem sempre uma dimensão circunstancial e relativa, sendo por isso provável a necessidade de ajuda técnica, com um valor subjectivo que só o próprio ou o profissional poderão correctamente dimensionar.

A propósito dos sintomas psicopatológicos que poderão conduzir à doença mental, Martinho (2004) refere que:

- Uma pessoa em cada quatro sofre ou vai sofrer de perturbações psiquiátricas;
- Uma pessoa em cada cinco está, esteve ou vai estar com quadro depressivo temporariamente incapacitante;
- A doença mental ocorre três vezes mais do que o cancro e centenas de vezes mais do que a SIDA;
- 50% das perturbações psiquiátricas são totalmente susceptíveis de prevenção no terreno (OMS, 1986);
- 25% dos DALY (Disability Adjusted Life Years – índice de incapacidade que combina o tempo de doença e o grau de capacidade perdida, com os anos úteis de vida) devem-se a perturbações de foro psiquiátrico (OMS, 1994);
- A depressão ocupa o quarto lugar na lista desses DALY. Ao ritmo de crescimento actual ocupará o segundo lugar dentro de 15 anos; ficará somente atrás das doenças isquémicas do coração, que também continuam a subir e ocuparão o primeiro lugar.
- Os grandes quadros psiquiátricos como as esquizofrenias, psicoses maníaco-depressivas, etc., permanecem estabilizados na incidência e na prevalência, não constituindo actualmente mais do que 15 a 20% do total das consultas nos serviços especializados.

Estes dados podem dar-nos a noção da importância, da complexidade e da necessidade da intervenção em saúde mental, onde se deve ter em conta a natureza

diversificada quer dos múltiplos factores envolvidos na saúde e na doença, quer da subjectividade intrínseca a cada ser humano e das particularidades dos contextos de vida. Desta forma importa que os profissionais possuam uma capacidade de ajuda efectiva ao outro com quem estabelecem relação. Só assim se consegue promover a autonomia e a integração nos diferentes contextos socioecológicos, sejam eles a família, os grupos de pertença ou a comunidade.

A intervenção na saúde mental e as boas práticas exigem partilha e confluência de saberes numa lógica de transdisciplinaridade. Em conformidade, a Organização Mundial de Saúde recomenda que a acção em saúde mental seja direccionada para:

- Proporcionar tratamento em cuidados primários;
- Disponibilizar medicamentos psicotrópicos;
- Proporcionar cuidados na comunidade;
- Educar o público;
- Envolver as comunidades, as famílias e os utentes;
- Estabelecer vínculos com outros sectores;
- Monitorizar a saúde mental da comunidade;
- Apoiar a pesquisa.

Para desempenhar o seu papel no âmbito da psiquiatria, os profissionais devem ter em conta o estado global e as necessidades do doente, tendo em conta quer a sua evolução quer a evolução dos contextos onde ele se move.

Uma combinação equilibrada de intervenções implica a adesão aos seguintes princípios:

- A confiança é a base da relação terapêutica;
- A educação do doente deve ter em vista a finalidade da terapia e as consequências da boa e da má adesão ao tratamento;
- O envolvimento de familiares e amigos é importante no estabelecer e implementar um regime terapêutico;
- O regime de tratamento deve ser simplificado;
- As consequências adversas do regime terapêutico devem ser reduzidas ao mínimo.

Na saúde mental, como na saúde em geral, deve-se optar por fazer escolhas entre um grande número de serviços e uma ampla gama de estratégias de prevenção e promoção. Esta escolha deve ter em conta o estigma e a discriminação que pairam sobre a psiquiatria.

Uma das estratégias que deve ser tida em conta para tentar dissipar os mitos e incentivar atitudes e comportamentos mais favoráveis poderá passar por uma abordagem em diversos níveis, abrangendo a educação dos profissionais de saúde, a inserção da prestação de serviços de saúde mental na comunidade assim como campanhas de informação pública para sensibilizar, educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto das perturbações mentais.

O pessoal de enfermagem utiliza as suas próprias habilidades como instrumento terapêutico. A sua forma de comunicar, interagir e de se comportar requer a utilização de instrumentos terapêuticos (técnicas). Estes instrumentos terapêuticos são o contacto visual, as expressões faciais, o movimento corporal e outras condutas não verbais. Desenvolve e respeita princípios que servem de guia no seu trabalho assistencial, tais como:

- Não causar dano (a 1ª regra dos cuidados em saúde);
- Aceitar cada paciente como uma pessoa (assistência holística: conceito orientado para ajudar os pacientes a conseguir a estabilidade consigo e com os demais, a natureza e o mundo);
- Desenvolver a confiança e o respeito mútuo (a confiança e o respeito são o fundamento da relação terapêutica e constituem a base do êxito ou o fracasso do trabalho do enfermeiro);
- Explorar o comportamento e as emoções (os actos de um sujeito são consequência da sua intenção para realizar objectivos pessoais);
- Desenvolver a responsabilidade e autonomia (a responsabilidade e autonomia são conceitos fundamentais nos cuidados de saúde mental; são a chave para desenvolver atitudes mais eficazes e construir a auto-estima);
- Favorecer uma adaptação eficaz;
- Demonstrar coerência com atitudes assertivas.

Estas intervenções terapêuticas devem ser diversificadas e direccionadas para o indivíduo/família/grupos, implicando os utentes, os membros da família e outros, para avaliar interacções recíprocas e favorecendo uma diversidade de experiências que promovam o desenvolvimento pessoal.

Proporcionar acompanhamento assim como a adequação das atitudes ao modelo de actuação, poderá melhorar o nível da atenção prestada e da satisfação do pessoal de enfermagem no seu desempenho profissional.

Nos contextos do nosso estudo, a perícia surge como resultado da grande mobilização de conhecimentos adquiridos não só pela formação formal mas, principalmente, com as experiências vividas (e a sua partilha com os outros profissionais) no quotidiano de convivência com o sofrimento dos doentes e, algumas vezes, das suas famílias. Os profissionais podem ser envoltos por sentimentos ambíguos que influem nas suas emoções e sua expressão não só junto dos doentes como também dos colegas e outros membros da equipa. A natureza dos cuidados condiciona um percurso de envolvimento profissional que ultrapassa o papel tradicional dos cuidados, que passa a incluir a dimensão de responsabilidade social e de solidariedade global face às dimensões não biomédicas que são vividas pelos doentes e suas famílias.

Desta forma, os profissionais de enfermagem demonstram um sentimento que acompanha a reflexão sobre as experiências que vivenciam e sobre os seus valores, tornando-os mais competentes no cuidar.

Devido à especificidade dos cuidados, existe uma grande exigência na aquisição e manutenção dos conhecimentos técnicos e científicos, que nos remete para a necessidade de confirmação de conhecimentos com outros profissionais e, também, a de existirem momentos formais de formação. Quando estes requisitos estão presentes, são facilitadas as bases para a integração dos cuidados de enfermagem relativos à relação. Neste contexto, a aprendizagem experiencial, em conjunto com os momentos não formais e formais, ao longo da vida profissional, é contínua e permite um reconhecimento efectivo de perícias avançadas nalguns elementos, facultando aos enfermeiros uma validação do seu percurso, ao mesmo tempo que garante uma interacção sistemática entre profissionais mais avançados e principiantes (Benner, 2001).

Tal como refere Martinho (2004, p. 164) podem, então, ocorrer importantes mudanças na vida do indivíduo que sofre de doença mental que poderão condicionar os cuidados que lhes podem ser direccionados. São elas: um maior afastamento da família e da vida social, em conjunto com a auto-marginalização e o isolamento progressivo do meio, bem como uma maior dependência física e psíquica de terceiros. Porque se devem ter em conta estas mudanças, a tendência será, neste hospital, a prestação cuidados de enfermagem integrais ao doente, procurando:

- Cuidar de forma integral da pessoa;
- Informar o paciente juntamente com a família e/ou cuidador;

- Formar a família e/ou cuidador para os problemas psicofísicos que o doente pode apresentar, procurando integrá-los nos cuidados;
- Ajudar no processo de readaptação e reabilitação até à sua plena autonomia.

Dois dos objectivos principais serão a cura ou a manutenção da estabilidade do doente. Para isso todos os profissionais devem orientar-se para a adesão ao cumprimento do sistema terapêutico, ou seja, a aceitação, por parte do paciente, da prescrição terapêutica oferecida. Poder-se-ão, desta forma, evitar ou reduzir as recaídas do doente psiquiátrico, diminuindo a duração dos internamentos e a re-hospitalização.

Destaca-se, nas orientações dos cuidados prestados no contexto em estudo, a intervenção construída a partir da interligação dos contextos hospitalar e do utente. A assistência aos utentes no domicílio é um dos princípios da continuidade de cuidados e da aproximação da assistência ao meio envolvente, favorecendo a *visibilidade social*. Quer pelo tipo de situações clínicas, quer pela especificidade desta população, a *rotatividade dos doentes* tende a ser menor. A articulação entre o trabalho de enfermagem com o médico, e os outros técnicos requer contínuas negociações informais para a sua concretização. Cada enfermeiro faz uma gestão relativamente autónoma do seu trabalho em função do número de doentes de que é responsável; assim, as condições de interdependência profissional não decorrem apenas da natureza do trabalho, mas também do seu modelo de organização. As equipas de enfermagem são constituídas, portanto, por um número de enfermeiros que depende do tipo de doentes e dos cuidados a prestar, ou seja, do serviço a que pertencem. Nos serviços que assistem os doentes de geriatria, comparativamente aos restantes serviços estudados, compreende-se que exista um número maior de enfermeiros quer pelo grau de dependência dos seus utentes, quer pelas diferentes actividades desenvolvidas. Também nesses serviços os enfermeiros especialistas devem ser em maior número, reconhecendo-se a necessidade de competências especializadas na área da geriatria e possibilitando uma contínua integração dos membros em paridade nos diversos turnos.

2. OPCÕES METODOLÓGICAS

Após a fundamentação do quadro teórico, para o trabalho de pesquisa e para a compreensão da problemática em estudo é necessário explicitar o modo como a investigação será operacionalizada. Por conseguinte, pretendemos, com este capítulo, explicitar o “conjunto de directrizes que orientam a [nossa] investigação científica” (Herman, 1983, referido por Lessard-Hérbert, 1990, p. 15).

Lessard-Hérbert (1990, p. 141) diz-nos que, «para estabelecer uma articulação entre o “mundo empírico” e o “mundo teórico”, o investigador (...) deve, portanto, seleccionar um modo de pesquisa, uma ou mais técnicas de recolha de dados e um ou vários instrumentos de registo de dados». Esta selecção tem que ser cuidada, devendo os métodos estar em conformidade com as filosofias orientadoras dos paradigmas de investigação (Fortin, 2003).

Sendo o tema da pesquisa a formação e supervisão das práticas clínicas, o nosso propósito é estudar a forma como os profissionais aprendem, a forma como aquela unidade de trabalho, em todas as suas dimensões e com todas as suas particularidades, influencia e é influenciada por essa aprendizagem, compreendendo a natureza e as dinâmicas de formação de acordo com uma lógica supervisiva.

Atendendo às características e aos objectivos da pesquisa, a nossa opção relativamente à metodologia de investigação recai sobre uma abordagem multimétodo. Esta é uma abordagem que, devido às suas características e à crescente importância do conceito de “caring”, tem vindo a ser cada vez mais utilizada nos percursos da enfermagem (Abreu, 2001; Fortin, 2003).

Lessard-Hérbert (1990) considera que a metodologia qualitativa permite ao investigador, em alguns casos, seguir uma lógica mais indutiva, sendo o sujeito e os significados atribuídos os elementos mais significativos. Nesta perspectiva, a investigação qualitativa permite-nos compreender como é que os actores percebem e dão sentido ao seu ambiente ecológico (Bogdan e Biklen, 1994). O produto da observação é, assim, situado no contexto onde ele ocorre.

Uma vez que pretendemos estudar detalhadamente uma unidade social específica, sem pretensões de generalizar os resultados obtidos, a nossa opção recaiu sobre o modo de investigação estudo de caso, de orientação predominantemente qualitativa.

Streubert e Carpenter (2002, p. 18) consideram que, no domínio qualitativo, os investigadores “fazem perguntas sobre os fenómenos específicos e encontram um método ou uma abordagem apropriada para responder. É a descoberta que delibera o método”. Patton (1990) referido por Coelho (2002, p. 119), reportando-se à mesma problemática, defende a existência de três critérios próprios da investigação qualitativa, que devem ser respeitados: adequação metodológica, flexibilidade do design e capacidade de resposta em relação à situação de investigação.

No nosso trabalho, para que estes critérios pudessem ser satisfeitos, houve necessidade de recorrer ao método qualitativo e ao quantitativo.

O recurso ao método quantitativo justifica-se pelo facto de ser necessária a “observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (...) de forma a contribuir para o desenvolvimento e validação dos acontecimentos” (Fortin, 1999, p. 22). Será, também, utilizado o método qualitativo pois pretendemos a “compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo” através da observação, descrição, interpretação e apreciação do meio e do fenómeno tal como se apresentam (*op. cit.*).

Dada a natureza da abordagem à problemática em estudo, os dados serão recolhidos com o recurso a diferentes técnicas devidamente validadas que nos permitirão a triangulação da informação obtida, sobre as quais nos iremos debruçar posteriormente.

Este capítulo está dividido em cinco pontos principais, que poderão reflectir uma ordem (relativamente flexível) para a faseologia do nosso estudo. Eles são: explicitação dos objectivos do estudo e das questões de investigação, o modo de investigação estudo de caso e a forma como se operacionalizou o estudo fazendo referência ao lugar do investigador, aos métodos de colheita e da posterior análise dos dados obtidos.

2.1. Modo de investigação: estudo de caso

O modo de investigação por nós escolhido foi o estudo de caso, já que procurámos compreender e interpretar factos observados, num determinado contexto restrito, através da reunião de informação tão detalhada quanto possível com vista a apreender a totalidade da situação (Abreu, 2001).

Justificamos a nossa escolha com base em autores como Yin (1990) citado por Coelho (2000, p. 120), que refere que “*o estudo de caso é particularmente indicado sempre que a) o investigador se encontre perante questões de ‘como’ e ‘porquê’; b) em situação em que a investigação se foca em acontecimentos actuais*”, sendo que o fenómeno em estudo diz respeito a um contexto real da vida e não se exige o controlo dos comportamentos observados.

De acordo com Abreu (2001, p. 154), neste modo de investigação “*devido à recolha e análise intensiva da informação sobre o objecto de estudo, torna-se imprescindível uma selecção cuidada das dimensões sobre as quais a pesquisa pretende incidir*”, havendo necessidade de restringir a unidade social em análise e ampliar o período dedicado ao estudo. Nesta perspectiva, o estudo de caso assume-se como um modo de investigação qualitativa que visa descrever o comportamento de um caso em “observação”; incorpora fases da investigação, tais como a colocação das questões a investigar, o conhecimento dos “casos”, as fases de recolha, tratamento e interpretação da informação sobre as questões iniciais, com o recurso a técnicas de recolha de dados como questionários, entrevistas, observação directa, entre outras.

Situado no domínio do paradigma interpretativo (Lessard-Herbért, 1990), e sendo um modo de investigação naturalístico, o estudo de caso é um processo interactivo, que gera um conhecimento progressivo sobre o objecto de estudo, eventualmente a partir de quadros e referências teóricas e metodológicas anteriores à pesquisa (Abreu, 2001, p. 154). De acordo com o mesmo autor, as “*opções metodológicas utilizadas no âmbito do estudo de caso não são definidas de forma apriorística: definem-se pelo confronto e através do conhecimento das realidades empíricas*” (p. 155), para que se traduzam como um meio capaz de fornecer ao investigador as informações essenciais sobre as realidades em estudo e sobre os fenómenos, tal qual eles ocorrem. Tivemos sempre em consideração a intenção do nosso estudo: descrever um caso como único e singular. Não nos centramos no facto de

saber se o caso é típico ou se poderíamos generalizar os resultados. O estudo foi, portanto, essencialmente descritivo e analítico.

Foi neste sentido que, com base nos objectivos do estudo e no tipo de informação que pretendemos recolher, optámos por este modo de investigação. Permitiu-nos ter uma consciência mais clara de alguns factores que põem estar a contribuir para que o fenómeno estudado exista e esteja a decorrer de determinada forma.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998, p. 159), “*as informações úteis, muitas vezes, só podem ser obtidas junto dos elementos que constituem o conjunto*”. Seguindo esta ideia, perspectivamos os actores deste trabalho de investigação como sendo os enfermeiros do Hospital Magalhães Lemos.

Tendo como base uma população de 116 enfermeiros, e conscientes das limitações para a realização de uma investigação mais abrangente, a nossa amostra foi constituída por 18 enfermeiros do Hospital Magalhães Lemos, que responderam aos questionários; incluímos, também, o Enfermeiro Director e os 2 docentes de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica de uma Escola Superior de Enfermagem, que conhecem o contexto em estudo e que responderam a uma entrevista semi-estruturada, de carácter exploratório. A técnica de amostragem adoptada foi não probabilística, por conveniência. Não pretendemos nem podemos com ela generalizar os resultados finais à população.

2.2. Hipóteses do estudo e unidades de análise

A supervisão clínica, nomeadamente no domínio dos contextos da enfermagem, é um processo que se desenvolve em torno de uma lógica de orientação, apoio e ajuda, com vista à garantia da qualidade dos cuidados.

Se nos reportarmos ao contexto nacional deparamo-nos, actualmente, com algum empenho, por parte das instituições de saúde, na adesão a programas de acreditação da qualidade e, inevitavelmente, numa elaboração de modelos de supervisão clínica em enfermagem. Tais programas, que implicam o envolvimento da organização como um todo, englobam a formação como um dos aspectos mais importantes para a consecução dos objectivos delineados.

Quando falamos em formação, nomeadamente daquela que ocorre em exercício, remetemo-nos, também, ao desenvolvimento de competências através da aprendizagem pela experiência. Nesse âmbito, factores como o ambiente ecológico do indivíduo (onde está também inserido o contexto de trabalho com as suas características próprias) e o seu estilo de aprendizagem são determinantes.

Em linhas gerais, foi em torno destes domínios que se desenvolveu o estudo.

No decorrer da escolha do tema e ao longo da pesquisa efectuada no âmbito deste trabalho, fomos confrontados com algumas questões e dúvidas que despoletaram a nossa curiosidade e que se constituíram como referenciais para o estudo:

- Quais as características sócio-clínicas do contexto de trabalho em psiquiatria?
- Que estratégias se utilizam nas unidades para supervisão das práticas clínicas?
- Qual a percepção dos profissionais relativamente à supervisão das suas práticas clínicas?
- Quais as modalidades de formação que os enfermeiros mais valorizam no contexto de trabalho?
- Como se articulam, no terreno, as práticas de supervisão com as práticas de formação?

As questões pivot aqui referenciadas são do tipo *Que? Quem? Qual é? Quais são os factores?* e *Existem relações entre os factores? Que factores estão ligados a ...?*. Correspondem, portanto, respectivamente, ao nível I e ao nível II (Fortin, 2003). O nível I indica uma base de conhecimentos relativamente escassa, tendo o investigador como objectivos reconhecer, denominar, descrever, descobrir, indicando um tipo de estudo orientado para a descoberta e exploração de factores (por exemplo, exploratório, de formulação, descritivo); no nível II, as variáveis estão já determinadas, existindo uma variedade de escritos sobre o assunto, bem como uma base conceptual relativamente definida, orientando a investigação para um tipo de estudo que se baseia na descoberta de relações entre os factores (por exemplo, descritivo, inquérito, estudo de caso, descritivo correlacional) (Fortin, 2003, p. 52-55).

Tendo em vista os nossos objectivos e com o intuito de esclarecer as nossas dúvidas, como concordamos com Quivy e Campenhoudt (1998), achamos que a definição de hipóteses poderia garantir um carácter de ordem e de rigor na condução da investigação, apresentando-se como um fio condutor no estudo e um critério de selecção dos dados. A

hipótese não é aqui equacionada como um recurso para confirmar teorias pré-estabelecidas mas apenas para tentar inferências sobre o objecto de estudo.

Com base no contexto do estudo e nos referenciais anteriores, definiram-se as seguintes hipóteses:

- Existe uma relação significativa entre a existência de um programa de integração no serviço e a satisfação face à supervisão disponibilizada;
- Existe uma relação significativa entre a periodicidade do acompanhamento e a satisfação face à supervisão disponibilizada;
- Existe uma relação significativa entre o tipo de acompanhamento e a satisfação face à supervisão disponibilizada;
- Existe uma relação significativa entre a existência de momentos específicos e individualizados de acompanhamento e reflexão sobre as práticas clínicas e a satisfação face à supervisão disponibilizada;
- Existe uma relação significativa entre o ter-se tido em conta os problemas pessoais do supervisando e a satisfação face à supervisão disponibilizada;
- Existe uma relação significativa entre a existência de formação em serviço e a satisfação face à supervisão disponibilizada.

É importante identificar e definir quais serão as nossas variáveis. Num estudo analítico as variáveis estão em grande parte enunciadas nas hipóteses, cabendo ao investigador tentar verificar se existe associação ou não entre elas. Não procederemos às definições conceptual e operatória dado que as mesmas se encontram suficientemente descritas no enquadramento teórico do estudo e porque recorreremos à operacionalidade proposta pelos autores.

Neste estudo, a variável dependente é “a satisfação face à supervisão disponibilizada”. Por sua vez, identificamos as seguintes variáveis independentes: “existência de um programa de integração no serviço”, “periodicidade do acompanhamento”, “tipo de acompanhamento”, “existência de momentos específicos e individualizados de acompanhamento e reflexão sobre as práticas clínicas”, “o ter-se tido em conta os problemas pessoais do supervisando” e a “existência de formação em serviço”. Outras variáveis (de contexto) ajudar-nos-ão a compreender os fenómenos em estudo.

Focalizaremos e delimitaremos a nossa investigação a determinados aspectos do problema em questão, através da identificação das unidades de análise (Abreu, 1994). Por conseguinte, tornou-se pertinente identificar quais são os tipos de dados que o investigador necessita de recolher, face a todas as limitações impostas pelo tempo disponível para a investigação. Identificamos, então, as seguintes unidades de análise:

- Características sócio clínicas do contexto em estudo;
- Caracterização da política da instituição em matéria da supervisão das práticas clínicas;
- Caracterização das práticas de supervisão clínica em enfermagem no contexto de trabalho;
- Representação dos actores relativamente ao processo de supervisão;
- Representação dos actores em matéria das práticas profissionais;
- Representação dos actores em matéria da formação em contexto de trabalho;
- Contexto e desenvolvimento pessoal e profissional;
- Aprendizagem condicionada pelo contexto em estudo;
- Articulação entre os processos de supervisão e de formação no contexto em estudo.

Como referimos na introdução, delineamos os objectivos que nos propomos atingir com este estudo são os seguintes:

- Avaliar a realidade dos contextos em matéria de práticas socioculturais e clínicas;
- Analisar as dinâmicas de formação existentes no contexto das práticas, percebendo-as numa perspectiva ecológica;
- Identificar medidas de carácter operacional, no âmbito da formação, capazes de induzir mudanças qualitativas a nível da estrutura local.

2.3. Métodos de recolha de informação

Um dos procedimentos mais importantes num trabalho de pesquisa desta natureza é, sem dúvida alguma, a recolha de informação. Sendo influenciada pelo modelo de análise do estudo, ela pretende confrontá-lo com os factos particulares do contexto (Quivy e Campenhoudt, 1998, p. 155). Ao longo deste procedimento, o investigador questiona-se sobre o que observar, com que observar e como observar, tendo em conta as três etapas da observação (conceber o instrumento, testá-lo e recolher de dados) (*op. cit.*, p. 181-183).

Segundo os mesmos autores, são os objectivos de investigação, do modelo de análise e das características do campo de análise que condicionam a escolha do método de recolha de dados.

Como referimos anteriormente, nas investigações do âmbito do qualitativo (onde se inclui o modo de investigação da nossa pesquisa – o estudo de caso), pretende-se descrever, explorar e explicar um caso (fenómeno, pessoa, grupo, organização) apreendendo o mais possível o assunto de interesse, de forma a absorver toda a variedade de aspectos na sua complexidade (Fortin, 2003, p. 165), havendo, por conseguinte, uma necessidade de validação da informação pelo seu confronto permanente (Abreu, 1994). Então, devido à diversidade de aspectos e à quantidade de fenómenos sócio culturais (alguns relativamente complexos) que acontecem nos contextos em estudo, o investigador deve definir quais os elementos específicos que são relevantes para a investigação (Laperrière, 2003) bem como os métodos para os obter.

Pelas suas características, na abordagem da informação feita no estudo de caso, o investigador deverá utilizar algumas estratégias que, segundo Yin (1990) compreendem a diversificação das fontes de informação (nomeadamente pela utilização de fontes múltiplas de dados) e a criação e manutenção das bases de registo dessa informação.

Neste caso, com base no objecto, objectivos e tipo do estudo, bem como os recursos disponíveis e o interesse demonstrado pelos actores, procedemos à recolha de informação qualitativa (como as opiniões, interpretações e representações) e quantitativa (caracterização da população e das práticas organizacionais e suas representações). Convém referir que, ao longo deste processo, tentamos ter uma visão abrangente de todo o trabalho realizado ou para realizar, com o objectivo de tentar prever de alguma forma as implicações posteriores da sua utilização, tendo em conta que o nosso objectivo seria

“apreender o assunto em estudo para transmitir toda a sua complexidade de uma forma narrativa” (Fortin, 2003, p. 165). Tivemos em conta, também, as implicações éticas próprias de qualquer investigação.

Assim, após uma readaptação dos métodos de recolha de dados, seleccionamos os seguintes, que nos permitiram ir de encontro à informação necessária, determinada pelas unidades de análise identificadas previamente:

- Questionário CSN-V1;
- Entrevistas exploratórias;
- Análise documental.

A validação da informação recolhida foi feita pela triangulação metodológica dos dados. A fiabilidade foi garantida pela documentação dos procedimentos do estudo, sendo definida a estrutura dos dados comprovativos e feita a posterior criação das bases de dados (Yin, 1990; Bressan, 2000).

2.3.1. O questionário

A génese do questionário CSN-V1 está relacionada com estudos conduzidos por Maia e Abreu (2004).

Este instrumento engloba quatro partes (Anexo I):

- A primeira parte é relativa à caracterização sócio-profissional da amostra. É composta por 10 questões fechadas;
- A segunda parte é relativa ao contexto do acompanhamento clínico. É composta por 24 questões, sendo 22 de resposta fechada e 2 de resposta aberta;
- A terceira parte é composta por 24 itens, referindo-se ao inventário de avaliação do acompanhamento clínico;
- A quarta parte compreende quatro questões abertas. Solicita-se aos inquiridos que façam referência a momentos que consideram significativos.

A escala de 24 itens incluída no questionário (parte III) foi validada pelo autor, com recurso a um grupo de 85 enfermeiros. Testou-se a consistência interna pelo coeficiente alfa de Cronbach (entre outros testes). O coeficiente alfa foi 0,93, pelo que se considerou que se tratava de um instrumento válido e confiável para a avaliação da SCE.

Com a inclusão destes questionários no nosso trabalho de investigação tivemos como intenção aceder a informação relativa às unidades de análise e variáveis em estudo.

Para a administração do questionário dirigimos um pedido oficial ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Magalhães Lemos, onde mencionamos a temática do estudo bem como os seus objectivos e onde manifestamos a nossa intenção de administrar os questionários a uma amostra da população de enfermeiros do hospital.

Após uma resposta favorável foram distribuídos os questionários pelos enfermeiros chefes dos serviços indicados pelo Enfermeiro Director. Desta forma, o anonimato foi garantido e os inquiridos não foram influenciados pela presença do investigador.

2.3.2. As entrevistas exploratórias

Apesar de acedermos a uma grande diversidade de informação com o recurso à técnica acima referida, a entrevista permitiu-nos conhecer e esclarecer alguns domínios. De acordo com Abreu (1994), esta técnica é útil quando o investigador sente a necessidade de aprofundar o que observou anteriormente. Também Bogan e Biklen (1994) consideram que as entrevistas podem ser utilizadas como estratégia principal ou acessória ou complementar outros métodos de recolha de dados, numa investigação de carácter qualitativo.

Importa, neste âmbito, definir o conceito de entrevista. Achamos interessante a ideia de Savoie-Zajc (*cit in* Gauthier, 2003, p. 281), que a considera uma interacção verbal voluntária entre duas pessoas em igualdade de relação, com o objectivo de partilharem um saber experienciado para que haja uma melhor compreensão do fenómeno de interesse para as pessoas implicadas. No caso do investigador o saber experiencial é o do processo da investigação e no do entrevistado é uma determinada competência relacionada com o estudo.

Este método vai de encontro às complexidades exigidas pelas questões orientadoras e pelas unidades de análise do nosso estudo de caso, permitindo-nos ter acesso a informação obtida apenas com o consentimento do próprio sujeito entrevistado (Fortin, 2003). Lessard-Hérbert (1990, p. 160) refere mesmo que a entrevista é necessária para se aceder aos dados de base relativos às crenças, opiniões e ideias dos observados.

A entrevista semi-estruturada, do tipo fenomenológico, orientada para a resposta (*op. cit*) ou, como refere Fortin (2003), parcialmente estruturada, foi o tipo de entrevista

que elegemos para o nosso estudo, já que nos possibilitou o “*compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva dos participantes*” (Fortin, 2003, p. 247). Fazemos, a este respeito, alusão ao que Savoie-Zajc (*cit in* Gauthier, 2003, p. 282) diz: esta forma de entrevista (a que chama semidirigida) é uma interacção verbal “*animada de forma flexível pelo investigador*”. Este último deixa-se guiar pelo fluxo da conversa de forma a abordar e ouvir sobre os temas gerais que definiu previamente, com o objectivo de compreender melhor o fenómeno em estudo. O mesmo autor considera alguns objectivos que podem conduzir à sua escolha, do domínio da descoberta, da compreensão, da aprendizagem e da emancipação (enfatizando a importância da temática, do objecto e das finalidades do estudo e, também, as características dos entrevistados).

Poderemos justificar a nossa escolha com base em alguns destes objectivos. Pretendíamos que o entrevistado revelasse o que pensava ou seja, a sua experiência, os dados de base relativos às suas crenças, opiniões e ideias (Lessard-Hérbert, 1990, p. 160). Um segundo objectivo foi o de “*compreender o mundo do outro*”, esperando obter um novo sentido para a relação entre as experiências a estudar e o “*jogo de forças e de referências próprios dos meios de vida dos indivíduos*” (p. 285). O terceiro objectivo foi o de organizar e estruturar o nosso pensamento relativamente aos domínios a compreender; tal torna-se possível porque, ao longo da entrevista semi-estruturada, se verifica um “*saber em situação, uma co-construção graças à interacção vivida*” (*op. cit.*). Outro objectivo (que poderá ser considerado também uma consequência), tem a ver com a emancipação, na medida em que como há um aprofundamento e um estímulo à reflexão relativa a certos temas, pode existir uma tomada de consciência e transformação de ambos os intervenientes. A finalidade última foi, então, complementar e validar os dados obtidos não só com base nos instrumentos anteriores, mas também pelo conhecimento prévio por parte do investigador.

Nesta fase da investigação pretendemos obter informação questionando os peritos sobre as dimensões que eles julgam afectar ou condicionar a supervisão e a formação em contexto de trabalho, nomeadamente na psiquiatria. Porque ocorreu após a administração e tratamento da informação obtida nos questionários, permitiu-nos a focalização em cada um dos sistemas abordados partindo, assim, para uma avaliação ecológica da supervisão e da formação em contexto de trabalho.

O planeamento/implementação da estratégia

Começámos por identificar os principais objectivos da reunião, que foram já enumerados anteriormente: pretendíamos obter informação sobre dimensões relativas às particularidades inerentes à enfermagem psiquiátrica, à formação em contexto de trabalho e à supervisão, referenciando e discutindo a informação obtida relativamente a cada um dos sistemas abordados, de forma a fazer uma avaliação ecológica da supervisão e da formação no contexto de trabalho.

- Participantes do estudo

Considerámos que o grupo a entrevistar e as características dos seus membros podiam ser adoptados de forma a ir ao encontro das necessidades da nossa investigação. Devido ao facto de estarmos perante um estudo de caso, que se reporta a um contexto em particular, optámos por seleccionar três pessoas, que escolhemos deliberadamente. A escolha específica dos actores prendeu-se com o papel desempenhado nas redes sócio-culturais do contexto em questão. Achámos importante que o grupo fosse composto por pessoas com experiências na área e no contexto, que conhecessem, de alguma forma, a população em estudo.

Por conseguinte, entrevistámos dois professores de uma Escola Superior de Enfermagem e o Enfermeiro Director do Hospital Magalhães Lemos. É de salientar que todos tiveram experiência na prática de cuidados em psiquiatria, que são detentores da especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e que acompanham ou acompanham alunos no contexto em estudo. A escolha de professores prendeu-se com o facto de acharmos que estes têm um conhecimento relativamente profundo das temáticas, das realidades e contextos da psiquiatria não só pela sua experiência profissional como também pela sua visão mais distanciada, integradora e global dos mesmos. Para além disso, achámos pertinente a sua experiência enquanto formadores. O Enfermeiro Director, para além de deter as características descritas, poderia encaminhar-nos de acordo com uma visão também fundamentada no âmbito da gestão e administração do hospital em questão. No nosso caso, dada a natureza e os objectivos da nossa investigação, a sua escolha seria vantajosa. Todos os elementos foram, portanto, por nós considerados peritos em Saúde Mental e Psiquiátrica, com conhecimento no domínio da supervisão e da formação em contexto de trabalho. Todos os entrevistados nos pareceram relativamente participativos e reflexivos.

Foi explicada a estratégia de recolha de informação e o porquê da sua escolha. Posteriormente, foram esclarecidos relativamente ao objectivo da reunião e às problemáticas a abordar.

Ainda na fase que antecedeu a entrevista, contactamos os participantes com alguns dias de antecedência, de forma a recordá-los da mesma.

A escolha do local foi feita pelos entrevistados devido, essencialmente, às condicionantes de disponibilidade dos mesmos. Tentamos que o local escolhido fosse relativamente calmo, arejado e iluminado.

- Guião da entrevista

O guião define quais os temas principais, os sub-temas e as questões de orientação a abordar, de acordo com uma ordem provisória. Ele tem como objectivo fundamental evitar que determinados assuntos sejam esquecidos ou omitidos, embora não condicionando o aparecimento e discussão de novos assuntos que se revelem de interesse para o estudo. Um guião de entrevista compreende três partes, que correspondem à sua aplicação: a fase de introdução, a fase da discussão e a fase da conclusão. De acordo com Savoie-Zajc (*cit in* Gauthier, 2003), uma correcta elaboração do guião será bastante útil no caso de investigadores menos experientes, permitindo-lhes memorizar os principais componentes da discussão, dando-lhe assim mais à vontade para aproveitar as ocasiões que emergem no seu decurso. As questões devem, portanto, ser precisas e ordenadas com respostas breves e categorizadas que possam abordar os principais temas a explorar. Por conseguinte, o guião é um resumo dos assuntos a discutir, que tem como objectivo evitar que assuntos importantes sejam omitidos sem inibir a espontaneidade dos respondentes ou a flexibilidade do animador.

O guião foi elaborado consoante a informação que pretendemos obter, de acordo com os temas a explorar (Anexo VIII).

Tendo em conta os nossos propósitos, definimos cinco blocos temáticos:

- Legitimação da entrevista e percurso profissional;
- Natureza do trabalho em psiquiatria, onde pretendemos identificar aspectos que caracterizam a prática;
- Identificação e caracterização de estratégias de supervisão clínica em enfermagem. Neste bloco tivemos como objectivo identificar estratégias, no

domínio da supervisão clínica em enfermagem, que permitem responder às questões de qualidade dos cuidados;

- Formação em contexto de trabalho em psiquiatria. Pretendemos, aqui, determinar aspectos que influenciam a formação em exercício;
- Conclusão da discussão.

Tentámos que as questões fossem relativamente simples e abertas com o objectivo de permitir ao participante compreender e responder de acordo com a sua própria experiência, pretendendo explorar aspectos inesperados sobre os assuntos em questão. Elaborámos as questões abordando, em cada uma, apenas um aspecto de cada tema, com o objectivo de facilitar a sua reformulação no decorrer da discussão (caso não existisse uma total compreensão das mesmas) e de estimular a fluidez de pensamento e consequente profundidade dos aspectos abordados. As questões foram ordenadas de acordo com uma sequência natural e lógica.

Devido à falta de experiência do investigador, este optou por memorizar os principais componentes do guião de entrevista. O investigador tentou manter a neutralidade ao longo da sessão.

2.3.3. Análise documental

Considerando a grande variedade de mudanças que influenciam directa ou indirectamente a profissão de enfermagem, *“é útil que ambos os questionários sejam acompanhados de outras estratégias de recolha de informação que permitam o recurso a triangulações múltiplas”* (Abreu, 2003, p. 36).

Uma outra estratégia que usamos na nossa pesquisa foi a análise documental, com a intenção de obter dados relacionados com a gestão, com a legislação e com alguns protocolos relativos ao sistema de formação e de acreditação do hospital. Esta técnica conduziu-nos à obtenção de dados relativos às ideologias, aos sistemas de valores e às culturas e mudanças das estruturas locais (Quivy e Compenhoudt, p. 203), tornando-se uma referência relativamente a outros (obtidos pelas outras técnicas de colheita), tendo assim uma função de complementaridade, sendo utilizada para triangular os dados (Lessard-Hérbert, 1990). Foi-nos facultado, então, o acesso a informações relevantes, correspondentes às unidades de análise “características sócioclínicas e ecológicas do

contexto em estudo” e “caracterização da instituição relativamente ao modelo e processo de supervisão adoptado”.

2.4. Técnicas de tratamento e análise dos dados

O tratamento da informação obtida pode ser considerado uma das principais fases de um trabalho de pesquisa, permitindo-nos obter uma significação dos dados.

De acordo com Fortin (2003), a análise de dados numa investigação qualitativa é um processo indutivo que conduz o investigador ao fenómeno em estudo, que compreende a redução dos dados, a sua apresentação/organização, operacionalização, sintetização e a interpretação/verificação das conclusões. Miles e Huberman (1984) referidos por Lessard-Hérbert (1990, p. 108) denominam este processo o “*modelo interactivo de análise dos dados*”.

Esta é uma etapa que se reveste de extrema importância para a investigação e que irá condicionar as conclusões e as reflexões que decorrem do trabalho de pesquisa. Apesar de termos determinado um período específico para esta fase, achamos pertinente e vantajoso proceder à análise e interpretação da informação obtida de forma gradual, ao longo da pesquisa (entrosando estas fases com a da colheita de dados) na medida em que estas “*podem sugerir novos focos de investigação ou fenómenos a observar e contribuem para a (...) regulação dos procedimentos de pesquisa*” (Abreu, 1994, p. 130).

De acordo com Yin (1989), o tratamento dos dados exige muito do investigador, na medida em que existe uma grande variedade de estratégias e técnicas de análise. O mesmo autor considera que as estratégias gerais para a análise dos dados, no estudo de caso, são o recurso à teoria e o desenvolvimento de uma descrição do caso; por sua vez, orienta-nos para a adequação a um modelo de pesquisa, a construção de uma explicação e a análise de séries temporais e de outros dados de natureza quantitativa.

Quivy e Campenhoudt (1998) e Fortin (2003) debruçam-se sobre esta problemática, considerando que os métodos de recolha e os de análise estão interligados; desta forma, “*se os inquéritos por questionário são acompanhados por métodos de análise quantitativa, os métodos de entrevista requerem habitualmente métodos de análise de conteúdo*” (Quivy e Campenhoudt, 1998, p. 185).

Foram distribuídos 30 questionários. Contudo, recebemos um total de 25, ou seja, um total de 83,33%, pelo que consideramos a resposta satisfatória para o estudo a que nos propusemos. Fizemos, então, uma primeira análise aos questionários com o objectivo de verificar se todos teriam sido respondidos total e correctamente; verificamos inconformidades no preenchimento de 7 instrumentos. Desta forma, consideramos válidos para a análise descritiva das frequências, um total de 18 questionários.

Passamos para a etapa seguinte: a numeração de 1 a 18 dos questionários, de uma forma aleatória, com a qual trabalhamos até à fase final do tratamento.

Relembramos que o nosso questionário é composto por questões fechadas e abertas.

Procedemos, de seguida, à codificação das respostas e à sua transferência, no caso da informação relativa às perguntas fechadas, para uma base de dados elaborada em *SPSS 11.0® (Statistical Package for the Social Sciences)* para *Windows XP®*. Para o tratamento desta informação de natureza quantitativa, procedemos à análise estatística. Quivy e Campenhoudt (1998) referem que a análise estatística “*impõe-se em todos os casos em que estes últimos são recolhidos por meio de um inquérito por questionário*”. Fortin (2003) é mais específico relativamente à análise estatística, reconhecendo que será proveitoso o investigador fazer uma análise visual e comparativa das variações das variáveis do estudo (que, idealmente, devem ser apresentados sob a forma de gráficos e de tabelas). Recorremos, portanto, à estatística descritiva. Optámos, também, pela determinação do coeficiente de correlação de Pearson, com o objectivo de verificar as possíveis relações entre as variáveis referentes às atitudes, acções ou acontecimentos no decurso da experiência de trabalho (dados obtidos referentes à Parte III do questionário). Determinámos, ainda, correlações de teste de análise das variâncias (ANOVA), com o objectivo de determinar a influência de algumas dimensões do contexto do acompanhamento clínico no grau de satisfação dos supervisandos.

Para o tratamento da informação qualitativa, obtida nas questões abertas do questionário, transcrevemos as respostas para uma base e dados criada em documento *WinWord®*. Também procedemos da mesma forma relativamente à informação obtida nas entrevistas (Anexo IX).

Após a transcrição, como metodologia de análise, recorremos à análise de conteúdo. Podemos justificar a nossa escolha com base em autores como Freitas (2000, p. 37), que considera que, quando os dados a analisar estão sob a forma de texto, a análise de

conteúdo possibilita a obtenção de informações resumidas e organizadas, facultando a observação de motivos de insatisfação, satisfação ou opiniões subentendidas, natureza de problemas, etc. Bardin (1995, p. 42) considera este método como “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas)*”. Soares (2004), fazendo alusão à perspectiva de Vala (1986), refere que, na análise de conteúdo das entrevistas, de respostas abertas de questionários ou de um texto documental, se devem delimitar os objectivos e determinar um quadro de referência que oriente a definição das categorias e unidades de registo, bem como a sua quantificação (se o investigador achar necessário).

Optámos por métodos mistos de análise de conteúdo, já que algumas categorias surgiram com base no enquadramento teórico e outras surgiram a partir da informação obtida. Tivemos em consideração a necessidade de definir categorias exaustivas (percorrendo todo o conjunto do texto – validade interna), exclusivas (os mesmos elementos não pertencem a diversas categorias), objectivas (características claras) e pertinentes (em relação aos objectivos perseguidos e ao conteúdo tratado) (Bardin, 1995; Freitas, 2000).

Identificámos, portanto, as categorias e classificámos a informação obtida pelas respostas dadas pelos elementos da amostra em unidades de análise e, conseqüentemente, procedemos à codificação das mesmas (Anexos II a VII – categorização da informação obtida através das questões abertas do questionário). Durante este processo, na tentativa de garantir a fiabilidade da nossa interpretação, foi feita uma análise conjunta com o orientador.

3. SUPERVISÃO E FORMAÇÃO EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO

Investigar é reflectir sobre algo e “*visa, como objectivo primeiro (com base numa teoria e num método) a produção de uma descrição não arbitrária de uma realidade, permitindo produzir compreensão e atribuição de sentido onde antes apenas existe desordem*” (Canário, 1999, p. 119). Foi desta forma que pretendemos conduzir o nosso estudo. Para isso, definimos estratégias que pensamos serem as mais adequadas para compreender o problema no seu contexto ecológico, sem recurso a generalizações. Identificámos, para isso, metodologias, procedimentos e técnicas de forma a identificar as principais questões referidas pelos participantes como sendo importantes e determinar o significado ou valor que atribuem ao fenómeno em estudo.

O processo de tratamento da informação obtida através do trabalho de campo é uma das fases mais importantes da nossa pesquisa, pois irá permitir-nos compreender os dados obtidos pela aplicação das técnicas de recolha escolhidas e respectiva significação.

Relembramos que para o tratamento da informação obtida através da aplicação do questionário optámos pela estatística descritiva, no caso das questões fechadas, e pela análise de conteúdo, no caso das questões abertas. No que diz respeito aos dados obtidos nas entrevistas escolhemos, também, a análise de conteúdo para proceder ao seu tratamento.

Quando nos referimos aos objectivos do nosso estudo temos que considerar, necessariamente, que a realidade onde se movem os actores sociais em estudo influencia, incontestavelmente, o indivíduo e os seus comportamentos enquanto profissional. Nesta perspectiva, achamos importante proceder à caracterização dos actores.

3.1. Os Participantes do Estudo: Caracterização Sócio – Profissional

Achamos mais adequado fazer uma primeira abordagem à caracterização dos entrevistados. Como referimos anteriormente, as entrevistas foram programadas e efectivadas mediante os tempos e os resultados da análise da informação obtida pelos questionários. A escolha dos enfermeiros a entrevistar já foi justificada anteriormente. Tal como lhes foi solicitado, os entrevistados caracterizaram-se no decorrer da entrevista. Os resultados foram os seguintes:

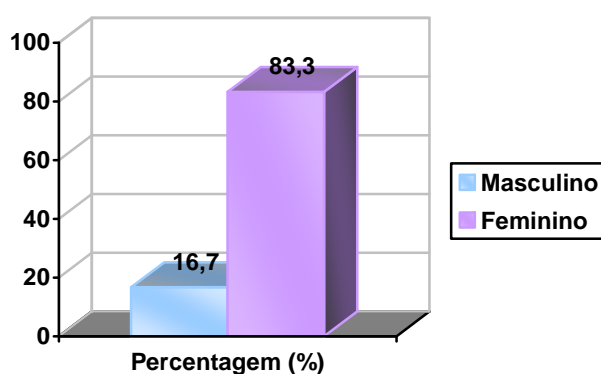
- Entrevistado A – É, actualmente, professora na área da psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Iniciou a sua carreira como enfermeira num serviço de cirurgia do Hospital de Santo António, após a conclusão do curso. Iniciou a carreira de docente na área de enfermagem no início da década de 1970, na Escola Superior de Enfermagem Dona Ana Guedes, acompanhando grupos de alunos no estágio de psiquiatria. Fez a especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em 1987 na Escola Pós-Básica do Porto, onde acabou por ingressar, ficando ligada à formação especializada de enfermeiros na área da psiquiatria. Concluiu o Curso de Mestrado em Ciências da Educação em 1995. Tem tido, então, um contacto com o contexto da psiquiatria há já vários anos, desde 1987, na orientação de alunos da licenciatura e da especialidade, inicialmente no Hospital Conde Ferreira e, mais tarde, no Hospital Magalhães Lemos.
- Entrevistado B – É, actualmente, professor na área da psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tem 15 anos de experiência profissional, divididos igualmente pela prática e pela docência. Esteve ligado, na prática, aos cuidados intensivos, aos cuidados de saúde primários e à psiquiatria (esta última, durante um maior período de tempo). Tem a especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Fez o curso de mestrado e o de doutoramento. Tem tido um contacto directo com o contexto em estudo, acompanhando alunos em estágio e, durante os últimos três anos, fazendo formação sobre a CIPE a todos os enfermeiros, de uma forma regular.
- Entrevistado C – É, actualmente, Enfermeiro Director do Hospital Magalhães Lemos. Terminou o Curso Geral de Enfermagem em 1982, tendo iniciado funções num serviço de medicina. Terminou a especialidade de Enfermagem em Saúde

Mental e Psiquiátrica já enquanto enfermeiro do Hospital Conde Ferreira. Nesse hospital trabalhou no Serviço de Urgência e no Departamento de Formação; foi, depois, Enfermeiro Supervisor e Enfermeiro Vogal na Direcção de Enfermagem até 1999. A partir dessa data ingressou no Hospital Magalhães Lemos, primeiro como vogal da Direcção de Enfermagem e depois como Enfermeiro Director. Exerce funções na psiquiatria desde 1987 e nos órgãos de administração de hospitais psiquiátricos há 11 anos.

Para que se pudessem preparar para a entrevista através duma reflexão prévia, os participantes foram previamente informados do tema e dos objectivos da entrevista.

Ao analisarmos os dados obtidos pelos questionários verificamos que existe uma predominância do género feminino: responderam 15 indivíduos do género feminino (83,3%) e 3 do masculino (16,7%). Tal traduz o facto da enfermagem ser uma profissão predominantemente feminina, tal como se verifica ao analisarmos não só a sua evolução histórica mas também estudos levados a cabo por autores como por exemplo, Collière (1989).

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com o género



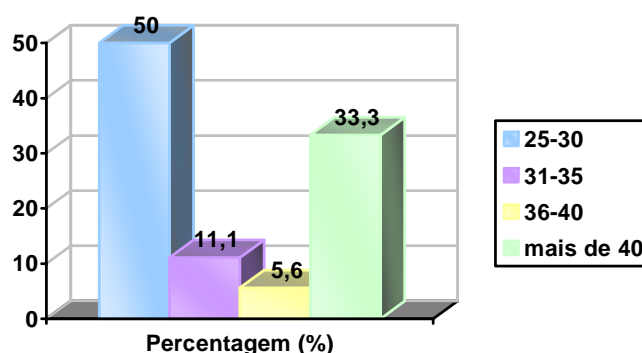
Como se pode verificar através do quadro seguinte, a idade dos inquiridos varia entre os 25 e os 46 anos, sendo o grupo relativamente homogéneo. As maiores frequências são verificadas nos dois extremos (25 e 46 anos de idade), correspondendo cada uma a 16,7%, ou seja, a 3 indivíduos. Existem 2 actores com 27, 2 com 29 e 2 com 41 anos (correspondendo a cada um valor de 11,1%). Quando aos restantes valores indicados na tabela, verificamos que existe 1 inquirido com 26, 28, 33, 34, 37 e 42 anos (correspondendo cada um dos valores a 5,6%). Existe uma predominância de indivíduos

que têm até 30 anos de idade (9 indivíduos, o que corresponde a um total de 50% da população). A média de idades é baixa.

Quadro 4 - Distribuição dos indivíduos de acordo com a idade

IDADE	Frequência (n°)	Percentagem (%)
25-30	9	<u>50,0</u>
31-35	2	11,1
36-40	1	5,6
≥ 41	6	33,3
Total	18	100

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com a idade

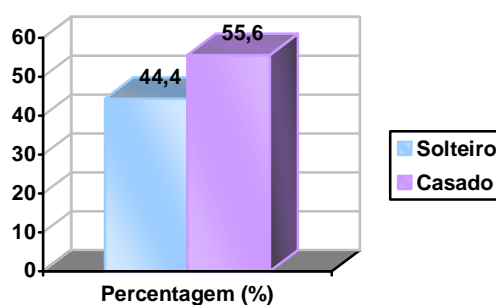


Os dados obtidos relativamente ao factor “idade” assumem uma posição de relevo no nosso estudo, se considerarmos o que autores como Benner (1984) e Abreu (1994, 1997, 2001, 2002), entre outros, nos dizem relativamente às questões do âmbito da supervisão; por um lado, os enfermeiros recém formados e jovens necessitam de acompanhamento ao ingressarem e quando dão os primeiros passos na profissão, de forma a poderem formar e desenvolver a sua identidade profissional; por outro lado, os profissionais mais velhos, experientes, considerados mais “peritos”, carecem de um certo apoio de forma a poderem ter ou manter a sua motivação em e para o exercício, capaz de dissipar questões problemáticas tais como a rotinização do trabalho, a acomodação e a passividade em termos de formação e de aprendizagem que se tornam inimigas da prestação de cuidados de qualidade. Queremos com isto dizer que, na nossa opinião, a necessidade de apoio e orientação, de supervisão, depende pouco do factor idade do

enfermeiro. O que poderá variar será, eventualmente, o “tipo” de acompanhamento e de apoio.

No que diz respeito à variável “estado civil” obtivemos os seguintes resultados: 8 enfermeiros (44,4%) são solteiros e 10 (55,6%) são casados. Nenhum indivíduo é viúvo nem divorciado.

Gráfico 3 - Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com o estado civil



O estado civil e todas as responsabilidades e possíveis condicionantes que ele acarreta, podem ser relevantes quer na disponibilidade pessoal quer profissional. Este poderá ser um factor importante e pertinente na análise de questões posteriores.

No que diz respeito à formação académica, verificamos que todos os actores têm o grau de licenciado, sendo que o ano da sua conclusão varia entre 1982 e 2004.

Quadro 5 - Distribuição dos indivíduos de acordo com o ano em que terminaram a formação académica graduada

ANO EM QUE TERMINOU A FORMAÇÃO	Frequência (nº)	Percentagem (%)
[1982-1985]	5	27,8
]1985-1988]	0	0,0
]1988-1991]	2	11,1
]1991-1994]	1	5,6
]1994-1997]	1	5,6
]1997-2000]	2	11,1
]2000-2004]	7	<u>38,8</u>
Total	18	100

A nossa amostra tem uma predominância de indivíduos com idades de 25 a 30 anos. Como já referimos, verificamos que os valores mais altos relativamente à variável em estudo se situam no intervalo]2000-2004] anos, com uma percentagem de 38,8 e que os valores mais baixos se situam nos intervalos]1991-1994] e]1994-1997] com uma percentagem de 5,6.

Se considerarmos os trâmites actuais da formação em enfermagem, poderemos inferir que estes resultados talvez se devam também ao facto dos profissionais mais velhos serem detentores de um curso de especialização em enfermagem ou que possam ter frequentado o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

Na sequência das duas últimas variáveis, poderemos inferir que todos os enfermeiros que participaram no nosso estudo, apesar de não poderem esperar qualquer recompensa remuneratória a curto prazo, procuraram uma evolução no seu percurso de formação e aprendizagem; poderão, eventualmente, estar atentos à maior oportunidade de acesso a cursos de formação pós-graduada (considerando que ela também depende de outros elementos curriculares).

Neste seguimento, procuramos obter informação relativa à formação académica pós-básica. Os resultados foram os seguintes:

Quadro 6 - Distribuição dos indivíduos de acordo com a sua formação académica pós-básica

FORMAÇÃO PÓS-BÁSICA	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Não possui	7	38,9
Especialização	8	44,4
Pós-graduação	1	5,6
Mestrado	2	11,1
Total	18	100

Analisando os dados obtidos verificamos que 7 enfermeiros não possuem formação pós-básica. Relativamente aos restantes indivíduos, 8 (44,4%) afirmam ter um curso de especialidade, 2 (11,1%) têm um curso de mestrado e 1 (5,6%) tem um curso de pós-graduação. Nenhum indivíduo tem o curso de doutoramento ou outro. Estes dados podem

revelar uma preocupação pelos seus percursos de formação contínua, independentemente do tipo de motivações que a tal conduz.

Quadro 7 - Distribuição dos indivíduos de acordo com a sua categoria profissional

CATEGORIA PROFISSIONAL	Frequência (n°)	Percentagem (%)
Enfermeiro	8	44,4
Enfermeiro Graduado	3	16,7
Enfermeiro Especialista	6	33,3
Outro	1	5,6
Total	18	100

Fazendo referência aos restantes dados da tabela, constatamos que a maioria dos actores pertencem à categoria de enfermeiro (44,4%), 3 (16,7%) são enfermeiros graduados e 1 (5,6%) seleccionou a opção “outro” – que corresponde à categoria de enfermeiro chefe.

Apesar do 44,4% dos inquiridos terem um curso de especialidade (condição básica para se ter o título correspondente), só 5,6% (1 indivíduo) é enfermeiro chefe e 33,3% (frequência de 6) são enfermeiros especialistas. Contudo, não nos foi possível aceder a informações que nos permitam chegar a conclusões relativas ao tipo de especialidade ou se estão em fase de concurso público para a ocupação desse lugar; também não nos foi possível saber se exercem ou não as funções de enfermeiro especialista, já que tal não influía no propósito do nosso estudo. Estes indivíduos têm idades compreendidas entre os 29 (o que tem a categoria de enfermeiro) e os 46 anos (2 enfermeiros especialistas e 1 enfermeiro chefe). Verificamos, também, que dois indivíduos têm mestrado (1 enfermeiro graduado com 33 anos, casado e 1 enfermeiro especialista com 42 anos, solteiro) e que um tem pós-graduação (enfermeiro com 26 anos, casado).

De acordo com o Enfermeiro Director, 70% dos enfermeiros do hospital têm, actualmente, formação específica na área da psiquiatria e existem, em todo o hospital, 37 enfermeiros a fazer cursos de pós licenciatura em enfermagem, 2 ou 3 a fazer mestrado, 9 com mestrado e 3 a fazer doutoramento.

Quanto ao ano em que terminaram a sua formação pós-básica podemos constatar que se situa entre 1987 (o enfermeiro chefe, detentor do curso de especialização) e 2006 (2 indivíduos com curso de mestrado e 1 com pós-graduação).

Se considerarmos aqui a variável sexo verificamos que a maioria dos enfermeiros que possuem formação pós graduada são do género feminino (10 pessoas) – apesar de termos que considerar o facto da maior parte dos inquiridos serem mulheres. Contudo, os únicos três enfermeiros do género masculino fizeram este tipo de formação.

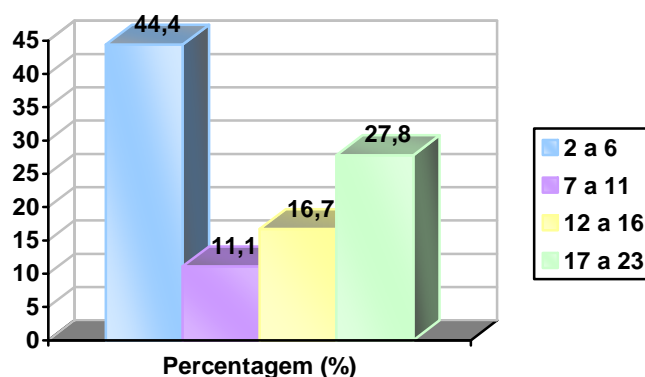
Outra questão importante que poderá estar directamente relacionada com a anterior e que achamos ter influência na problemática em estudo é o tempo de serviço.

Tal como podemos verificar no quadro seguinte, o tempo de serviço dos enfermeiros inquiridos varia entre os 2 e os 23 anos.

Quadro 8 - Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de serviço

TEMPO DE SERVIÇO	Frequência (n°)	Percentagem (%)
2-6	8	44,4
7-11	2	11,1
12-16	3	16,7
17-23	5	27,8
Total	18	100

Gráfico 4 - Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com o tempo de serviço em anos



A maior parte dos enfermeiros (44,4%, ou seja, 8) tem entre 2 e 6 anos de serviço. Verifica-se que 2 profissionais (11,1%) têm entre 7 e 11 anos de serviço, 3 (16,7%) têm

entre 12 e 16 anos de serviço e 5 (27,8%) têm entre 17 e 23 anos de serviço. Podemos ainda constatar pela análise discriminada dos questionários que existem diversos valores que têm correspondência a apenas 1 indivíduo (cada valor com 5,6% do total da amostra). Estes dados revelam-nos pouca homogeneidade na amostra; são reflexo dum contexto com elevada percentagem de enfermeiros formados há pouco tempo que poderão trazer, talvez, tal como considera Abreu (2002), motivações como a consciência do nível de conhecimentos reduzido para actuar face às situações com que se deparam em realidades tão específicas como, neste caso, a da psiquiatria. Por outro lado, poderemos também aqui reportar-nos, tal como considera Abreu (2001), ao facto da maior parte dos actores se encontrar numa fase de moratória no processo da construção identitária.

Verificamos, ainda, que todos os enfermeiros com um tempo de serviço igual ou superior a vinte anos são enfermeiros especialistas ou possuem formação pós-básica (curso de especialização). Estes actores podem ser considerados elementos privilegiados no que diz respeito ao estabelecimento e condução de dinâmicas de supervisão e, conseqüentemente, das estruturas de formação, já que podem aliar a formação com a experiência (dois factores fundamentais para um supervisor clínico), podendo situar-se, se fizermos referência à concepção de Benner (2001) relativamente à aplicação do Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus à enfermagem, no domínio dos profissionais “proficientes” ou “peritos”.

Achamos pertinente referir aqui que, de acordo com o Enfermeiro Director,

“só há um enfermeiro especialista que está com funções de chefia numa unidade de crónicos que abrange aqui e uma residência que temos em Costa Cabral. Mas não quer dizer que não tivéssemos chefes.”

Entrevista C

Dado o contexto de pesquisa, todos os enfermeiros da nossa amostra trabalham em psiquiatria. Relativamente ao facto de poderem ter estagiado em serviços semelhantes ao actual, os resultados obtidos foram os seguintes:

Quadro 9 - Distribuição dos indivíduos de acordo com o estágio em serviços similares

ESTÁGIO EM SERVIÇOS SIMILARES	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sim	17	94,4
Não	1	5,6
Total	18	100

Analisando o quadro constatamos que quase todos os indivíduos tiveram oportunidade de estagiar em serviços similares àquele onde exercem funções: verificamos uma frequência de 17 no “sim” (94,4%) e de 1 no “não” (5,6%). De salientar que o indivíduo que tem maior tempo de serviço foi o único que não teve oportunidade de estagiar num serviço semelhante.

O contacto com realidades idênticas ao contexto onde se move o indivíduo facilita a sua integração nas dinâmicas dos serviços e no acesso ao conhecimento teórico e prático sobre os cuidados a prestar face aos diagnósticos dos doentes. Permite ao profissional adquirir as competências necessárias para a prestação de cuidados de qualidade, para que se possa aproximar da excelência do cuidar em enfermagem. Diversos autores enfatizam a importância do conhecimento dos contextos onde se move o indivíduo e do seu carácter fundamental na aprendizagem. Abreu (2007), referindo-se a estudos efectuados pelo mesmo onde abordava a problemática da aprendizagem em contexto clínico, verificou que as aprendizagens significativas ocorriam quando novos conhecimentos se ligavam ao conceito relevante (“subsunçor”) preexistente na estrutura cognitiva. Muitos desses elementos significativos teriam sido apreendidos enquanto alunos. Desta forma, achamos que algumas das competências necessárias à formulação de juízos ou à tomada de decisão no exercício em contexto psiquiátrico terão sido desenvolvidas, nos nossos actores, durante o curso de enfermagem e, posteriormente, trabalhadas e aperfeiçoadas com base nos novos conhecimentos que foram emergindo da sua prática.

Quando questionamos os indivíduos sobre a categoria profissional do supervisor clínico, responsável pelo acompanhamento das suas práticas, constatamos que uma frequência de 10 (55,6%) afirma ser o enfermeiro chefe, 7 (38,9%) o enfermeiro especialista e 1 o enfermeiro especialista e o chefe (correspondente à opção do questionário “outro”). Nenhum indivíduo atribuiu a função ao enfermeiro graduado.

Quadro 10 - Distribuição dos indivíduos de acordo com a categoria profissional do supervisor clínico

CATEGORIA PROFISSIONAL DO SUPERVISOR	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Enfermeiro Especialista	7	38,9
Enfermeiro Chefe	10	55,6
Outro	1	5,6
Total	18	100

Esta é, em grande parte, a realidade que se vive em dezenas de instituições de saúde – o supervisor clínico é o superior hierárquico.

Na prática, grande parte dos enfermeiros olha para a “figura” do supervisor como um profissional hierarquicamente superior. Por outro lado, pode existir também uma associação às funções e competências especificadas na carreira de enfermagem relativas ao enfermeiro chefe e/ou enfermeiro especialista.

Estes factos reflectem o que acontece tradicionalmente e que, de acordo com Bernard e Goodyear (1998), se deve tentar evitar devido ao risco da indefinição de funções do supervisor clínico e ao inadequado desenvolvimento da SCE: a sobreposição de papéis clínicos, administrativos e de gestão com o de supervisores. Bond e Holland (1998) lembram que os supervisores clínicos não devem ser gestores de carreira, existindo a necessidade de diferenciar as duas funções, na medida em que, se a supervisão clínica for regida por orientações administrativas, pode ser restritiva em vez de reflexiva e fomentadora do desenvolvimento.

3.2. O Contexto do acompanhamento clínico

A questão do acompanhamento das práticas clínicas está directamente relacionada com a Supervisão Clínica em Enfermagem. Contudo, ela depende não só do contexto ecológico mas também da fase de desenvolvimento do profissional e das transições entre os sistemas ecológicos (estas últimas, que podem ser geradoras, a par do desenvolvimento, de incerteza, insegurança e angústia).

Apesar de em todo o questionário se fazer alusão, de forma mais ou menos directa, a esta temática, é a segunda parte – “O Contexto do Acompanhamento Clínico” – que está mais relacionada com a SCE. Os dados fornecidos por este instrumento oferecem-nos a possibilidade de aceder a factos relativos ao contexto do acompanhamento clínico, englobando aspectos relativos à qualidade, formação e acompanhamento. Permitiu-nos, também, saber até que ponto é que os contextos onde se movem e desenvolvem os profissionais influenciam as representações que eles têm sobre os mesmos, sobre as suas práticas, sobre a sua supervisão e a forma como intervêm na aprendizagem e na formação.

Em jeito de introdução desta parte do questionário foi feita uma alusão à supervisão clínica e ao supervisor clínico, com o objectivo de esclarecer e informar os participantes relativamente aos conceitos por nós adoptados. Tentámos minimizar, desta forma, a intervenção de divergências a nível da SC.

Não pretendemos fazer um estudo muito exaustivo de triangulação com todas as variáveis abordadas na parte anterior; contudo, achamos importante considerar aquelas que podem condicionar, de acordo com uma abordagem ecológica, os percursos de supervisão e de formação dos enfermeiros. Partimos do princípio que existem tempos específicos na vida de cada um que influem de forma mais relevante no desenvolvimento profissional; contudo, é talvez nesses momentos de transição que o acompanhamento clínico deve ser orientado por estratégias que permitam ao profissional prosseguir no seu caminho evolutivo.

3.2.1. O Processo de supervisão clínica em enfermagem

Como refere Canário (1998, p. 4), “*Aprender a ser enfermeiro constitui um processo permanente que atravessa toda a trajetória profissional e implica a articulação simultânea de um conhecimento de si, de um conhecimento dos outros e de um conhecimento do mundo*”. Assim, “*precisam de supervisão todos os enfermeiros e não só os da psiquiatria!*” – entrevista A. Tal como consideram os entrevistados, é um caminho para a evolução dos profissionais, potenciando o saber, o saber fazer e a experiência; fornece orientação, acompanhamento e apoio aos enfermeiros, nomeadamente durante o seu período de adaptação ao contexto psiquiátrico. É um processo onde a avaliação assume um papel importante para “*garantir a segurança dos cuidados*” – entrevista B – e, conseqüentemente, as práticas de qualidade; sendo fundamental no decorrer da supervisão, a avaliação não pode ser encarada como um instrumento repressivo:

“Está aqui a ver o que eu faço e o que é que eu não faço e se eu fizer alguma coisa mal podem-me despedir”. Não ver a supervisão por aí mas sim como uma forma de garantir que as pessoas tenham práticas de qualidade. Nesse aspecto eu acho que a supervisão é fundamental”.

Entrevista B

A SCE é uma das dimensões mais importantes para todas as organizações dado que se constitui, tal como refere Abreu (2007), como uma estratégia de acompanhamento e desenvolvimento dos profissionais sendo, em alguns casos, a forma de garantir a integração adequada às exigências do sistema nacional de saúde, de profissionais formados em contextos culturais distintos. Porque “*vão forçosamente surgir muitas dúvidas, a pessoa pode ter dificuldades de adaptação, pode ter dificuldades em gerir a relação com os doentes*” – entrevista A, a fase de integração do indivíduo (quer no primeiro contacto com o mundo de trabalho quer na adaptação a um novo contexto) foi um dos momentos que privilegiámos e que distinguimos como decisivo no seu processo de evolução. As dificuldades inerentes às condicionantes do contexto e as possíveis diferenças entre a concepção dos cuidados aprendida na escola e a que orienta os profissionais dos serviços na prática exigem um apoio mais sistemático e orientado não só a nível profissional mas também no que diz respeito ao domínio pessoal.

Canário (1999, p. 125) fala-nos, a respeito do acompanhamento dos profissionais em integração, dos modos de trabalho pedagógico. Considera que podem ser de “*tipo*

transmissivo, de orientação normativa”, cujo objectivo é conduzir o profissional ao conhecimento das regras, saberes e modos de pensar e agir na profissão, de *“tipo incitativo, de orientação pessoal”*, onde se pretende a auto-implicação por percursos de criatividade individual e de *“tipo apropriativo, centrado na inserção social do indivíduo”*, onde se busca o equilíbrio, através de processos de mediação, entre o indivíduo e a sociedade. A integração é não só um processo de socialização e de influência, que implica um acompanhamento sistemático e (re)adaptações entre o novo profissional e o grupo, mas também uma sucessão de momentos de transformação a nível da cultura local (Abreu, 1994).

O modelo SUED (*succeed, supervision and education*) foi desenvolvido por Hyrkäs e Paunonem (2001) e traduz-se na utilização do processo de supervisão clínica na integração dos profissionais. Defende-se que o processo de supervisão se inicia quando o profissional começa a exercer a sua profissão num determinado serviço.

Achamos que deve existir um dispositivo de acompanhamento das práticas clínicas que considere a individualidade e a natureza sociocultural e praxica do contexto, que possa fomentar a socialização, a vinculação à profissão, a satisfação profissional (e, em associação, a formação contínua), capaz de propiciar formas de estar que evidenciem o desenvolvimento da profissão de enfermagem (Abreu, 2002). Neste sentido, uma parte das questões estão orientadas para esta temática.

Iniciamos, então, com uma abordagem mais pormenorizada. Cada profissional, independentemente do ramo ou da especialidade, tem que saber, antes de mais, qual o seu papel na instituição e no serviço.

Quadro 11 – Distribuição dos indivíduos de acordo com o esclarecimento do papel e responsabilidade do enfermeiro no serviço/unidade de cuidados, ao ingressar no serviço

Definição do papel e da responsabilidade do enfermeiro	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sim	16	88,9
Não	2	11,1
Total	18	100

Do total dos inquiridos 88,9%, a maioria, responderam **sim** à questão “Ao ingressar no serviço, ficaram para si claros o papel e a responsabilidade do enfermeiro no serviço/unidade de cuidados?”.

A existência de um programa específico para a integração dos profissionais, quer na instituição, quer no serviço, é uma das questões que achamos importante. Este permite que os indivíduos possam ser orientados no que diz respeito não só à questão anterior, mas também à estrutura física, às disposições, directrizes e normas da profissão e da instituição, que irão condicionar e contribuir, em conjunto com outros factores, para uma melhor orientação da prática profissional.

Conforme o Quadro 12, a maioria dos inquiridos (77,8%) refere que a instituição não possui um programa específico para a integração de novos profissionais. Por sua vez, no Quadro 13, verificamos que 66,7% dos enfermeiros respondem que não existe um programa específico para integração dos elementos recém-chegados, a nível do serviço.

Quadro 12 – Distribuição dos indivíduos pela existência de um programa específico de integração dos novos profissionais na instituição

A instituição possui um programa específico de integração	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sim	4	22,2
Não	14	77,8
Total	18	100

Dada a complexidade das práticas e de todas as contingências relativamente à prática de enfermagem nos contextos de um hospital psiquiátrico, nomeadamente o Hospital Magalhães Lemos, torna-se necessária a existência de um programa de integração dos enfermeiros. Pela análise do quadro, verificamos que a maior parte destes profissionais desconhece a sua existência.

Quadro 13 – Distribuição dos indivíduos pela existência de um programa específico de integração dos novos profissionais no serviço

A instituição possui um programa específico de integração	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sim	6	33,3
Não	12	66,7
Total	18	100

Apesar da designação SCE por vezes não ser conhecida, é evidente que nos serviços hospitalares existe, normalmente, uma preocupação com a qualidade, formação e integridade emocional dos enfermeiros.

Como verificamos, existe uma maior percentagem de indivíduos que referem ter no serviço um programa de integração, em relação à que se traduz no quadro 12, relativa à existência de um programa de integração na instituição. Não inquirimos sobre quem acham que deve fornecer essas informações. Achamos, contudo, que esta será uma das responsabilidades dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros supervisores das práticas clínicas.

Ao confrontarmos os entrevistados com estes resultados obtivemos, de uma forma geral, uma concordância entre eles. Tal como se diz na entrevista B – “*Algumas instituições não têm sequer um manual de acolhimento para os enfermeiros recém formados e nem sequer para os alunos*” e na entrevista C – “*Todos os serviços o têm (...) mas não tinham!*”. Este facto poder-se-á justificar, na opinião dos entrevistados, por uma mudança das políticas de contratação de pessoal, tal como poderemos verificar nas entrevistas :

«Acho que com as novas políticas de contratação de pessoal – que é de não contratação de pessoal! – com os contratos a prazo, como é que se pode fazer uma verdadeira integração? Não pode! As pessoas são contratadas para as falhas que existem nos serviços e para resolver situações que são iminentes e, portanto, forçosamente não há aquele período que se preconizava há uns anos atrás, com uma semana de integração, em que as pessoas eram integradas lentamente, em que faziam um processo de adaptação ao serviço. (...) Hoje em dia o que é que se faz? A integração é: “Olha, está aqui o local das coisas e começa a trabalhar!”»

Entrevista A

“É verdade (...), como as pessoas eram sempre contratadas por conveniência de serviço e queríamos que começassem logo amanhã e como eram contratos por 3 meses esta questão da integração perdeu-se”,

Entrevista C

Isto faz com que, muitas vezes, a integração dos profissionais fique condicionada:

“E às vezes este processo deixa assim um bocadinho a desejar porque é feito pela boa vontade das pessoas, de forma não estruturada; ou seja, quase que este processo de integração passa apenas por as pessoas conhecerem os sítios, os materiais, quais são os procedimentos ali, mas não é avaliar se a pessoa detém as condições necessárias para poder trabalhar bem naquele serviço”

Entrevista B

A importância da integração é enfatizada, assim como a existência de manuais de acolhimento como estruturadores e orientadores da prática profissional. Tal como considera o entrevistado C, a acreditação do hospital tornou-se uma mais valia neste sentido – *“Agora com esta questão da acreditação isso já não vai ser verdade, porque o regulamento obriga a que pelo menos haja 48 horas para mostrar a filosofia e outras coisas, que também são importantes e que vão ser alteradas desde logo”*.

Quando se faz alusão a um hospital que está em vias ou que é uma instituição acreditada ou certificada, assume-se a existência de objetivos, procedimentos e normas regularizadas e documentadas. Por conseguinte, qualquer profissional que passe a integrar essa unidade social deve conhecer a filosofia local, orientando a sua prática de acordo com as normas e os procedimentos existentes com vista à manutenção da promoção das práticas de qualidade (Abreu, 2007).

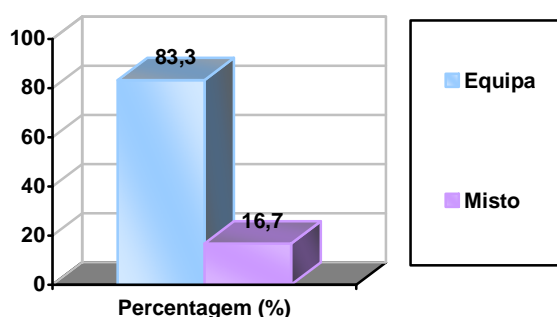
Pretendemos aceder a dados relativos ao acompanhamento específico por alguém, com disponibilidade e competência, durante o período de integração. Começámos por inquirir quanto ao tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço. Como verificamos no Quadro 14, a maior parte dos enfermeiros (83,3%) foi orientada pela equipa e 16,7% (3 elementos) foram acompanhados pelo supervisor clínico e pela equipa (misto). De salientar que nenhum indivíduo refere ter sido acompanhado por um supervisor disponibilizado pelo serviço. Poderemos verificar, então, que a função supervisiva não foi atribuída a um elemento que poderemos chamar, talvez, de “referência”.

Quadro 14 – Distribuição dos indivíduos de acordo com o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço durante a sua integração

Tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Equipa	15	83,3
Misto (supervisor e equipa)	3	16,7
Total	18	100

A representação gráfica destes dados pode proporcionar-nos uma visão mais abrangente do tipo de supervisão disponibilizado pelo serviço aos enfermeiros.

Gráfico 5 – Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço durante a sua integração



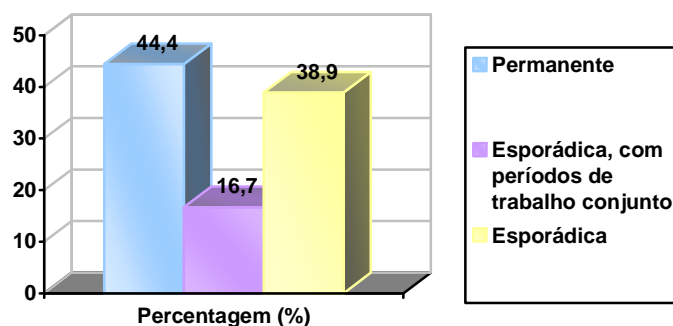
A bibliografia sobre o tempo a disponibilizar à supervisão aponta para que, independentemente da política e das estratégias de intervenção, este deverá ser definido com base não só nas necessidades dos supervisandos como também no próprio contexto organizacional. No entanto, os autores são unânimes no que concerne ao facto de que a falta de tempo disponibilizado ameaça a reflexão, implementação e, consequentemente, o acesso à supervisão clínica em enfermagem (Holloway, 1995; Butterworth *et al*, 1997; Cottrell, 2000; Howatson-Jones, 2003).

A maioria dos inquiridos considera que o acompanhamento foi permanente (44,4% que corresponde a uma frequência de 8) ou esporádica (38,9%, ou seja, 7 enfermeiros), tal como se verifica no Quadro 15 e no Gráfico 6.

Quadro 15 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a periodicidade do acompanhamento que lhes foi disponibilizado pelo supervisor clínico na sua integração

Periodicidade do acompanhamento	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Presença permanente	8	44,4
Esporádica mas com períodos de trabalho conjunto	3	16,7
Esporádica	7	38,9
Total	18	100

Gráfico 6 – Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com a periodicidade do acompanhamento que lhes foi disponibilizado pelo supervisor clínico na sua integração



Ramos (2003), refere que a disponibilidade e a estabilidade do acompanhamento assumem um papel fundamental ao longo da integração profissional, já que possibilitam a detecção das dificuldades dos supervisandos e o tipo de apoio a disponibilizar ao longo do processo supervisiivo.

Achamos que o facto da maioria dos enfermeiros ter sido orientado pela própria equipa de enfermagem poderá ter tido como consequência a grande percentagem da orientação disponibilizada em presença permanente. Tal pode dever-se ao facto desse acompanhamento acontecer não só por processos formais, mas também num ambiente mais informal, de maior confiança, em momentos que decorrerem da própria prática, onde a figura do supervisor clínico pode não estar afastada do ponto de vista hierárquico.

Relativamente a esta problemática, os entrevistados forneceram informações que achamos pertinentes. O entrevistado C concorda que, no nosso contexto, esta é a realidade

que se verifica – “*Sim [concorda que o acompanhamento dos enfermeiros inquiridos, em integração, era feito pela equipa e que o supervisor emergia no seio dela]*”.

Para a entrevistada A, os dados obtidos na análise dos questionários deveram-se ao facto de, tendo em conta os condicionalismos temporais impostos pela precariedade dos processos de contratação e as consequências que se manifestam na integração, se tornar mais fácil que sejam os elementos da equipa a integrar e ensinar os enfermeiros.

Na opinião dos entrevistados, a designação do supervisor/orientador dos profissionais é importante, já que, se «(...) *esta integração não for bem feita, as pessoas mais facilmente adoptam os “vícios” daqueles que já estão nos serviços, do que as coisas boas (...) e há enfermeiros que adoptam um comportamento diferente conforme as equipas*» – entrevista B.

O ideal seria existir, após um primeiro contacto com a realidade envolvente, um supervisor/orientador das práticas, que não o enfermeiro chefe – “*Porque é que eu não acho que deve ser o chefe? Não é que eu tenha alguma coisa contra os chefes! O chefe, junto das práticas, não é ideal para estabelecer este acompanhamento*” – entrevista B – de forma a que possa “*haver quase que uma simbiose mútua de forma...*” – Entrevista B. Para o entrevistado C, o supervisando deverá ser acompanhado, na primeira fase da sua integração, a “*adaptação*”, pelo enfermeiro chefe; posteriormente, durante um período de 1 ou 2 meses, o acompanhamento “*prático*” tem que ser feito apenas por uma “*pessoa significativa*” que trabalhe por turnos, especialista ou não. Contudo, podem existir algumas condicionantes, já que “*... os interesses individuais estragam as escalas todas, porque depois existe o interesse individual da troca*” – entrevista C.

Ainda nesta dimensão pretendemos saber se o supervisor clínico teria sido apresentado no momento em que ingressou no serviço. Poderemos visualizar os resultados obtidos no Quadro 16.

Quadro 16 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a apresentação do supervisor clínico no seu momento de ingresso no serviço

Supervisor clínico foi apresentado quando ingressou no serviço	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sim	12	66,7
Não	6	33,3
Total	18	100

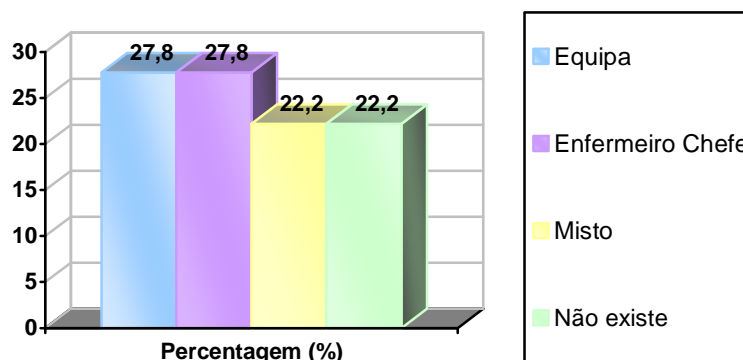
Achamos pertinente fazer uma comparação entre o tipo de supervisão que é/foi disponibilizada pelo serviço após a integração. Fazendo uma relação com a questão que se refere ao período de integração, foram consideradas mais duas hipóteses: “*É acompanhado pelo Enfermeiro Chefe*” e “*Não existe acompanhamento específico*”.

Os resultados estão evidenciados no quadro seguinte:

Quadro 17 – Distribuição dos indivíduos pelo tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço, após a sua integração

Tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço após a integração	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Equipa	5	27,8
Enfermeiro Chefe	5	27,8
Misto (supervisor clínico e equipa)	4	22,2
Não existe acompanhamento específico	4	22,2
Total	18	100

Gráfico 7 – Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço, após a sua integração



Tal como poderemos visualizar no Gráfico 7, excepto no que concerne à opção “Disponibiliza um supervisor clínico”, os dados não traduzem grandes diferenças relativamente às diferentes hipóteses de escolha colocadas: 27,8% dos inquiridos (correspondente a uma frequência de 5) refere que o acompanhamento disponibilizado após a sua integração foi levado a cabo pela equipa, tal como acontece na hipótese relativa ao acompanhamento pelo enfermeiro chefe; já 22,2% (que corresponde a um frequência de 4) consideram ter sido acompanhados pelo supervisor clínico e pela equipa; percentagem igual considera não ter tido nenhum acompanhamento específico.

De salientar que nenhum optou pela hipótese “Disponibiliza um supervisor clínico”.

Relembramos que, tal como constatado anteriormente, a maioria dos elementos do grupo respondeu ter sido acompanhado pela equipa durante a sua integração.

Também pretendemos obter o contributo dos enfermeiros entrevistados sobre a temática da designação do supervisor/orientador dos profissionais após a sua integração. A importância da supervisão clínica após a integração dos profissionais foi referida de forma mais ou menos directa, pelos entrevistados – “Eu acho que a supervisão, em termos dos cuidados de saúde, nunca deveria acabar, ou seja, com o tempo os peritos deveriam ser supervisionados pelo chefe, e isto no fundo é a pirâmide, não é?” – entrevista B. Relativamente ao facto de 22,2% dos inquiridos responderem que “Não Existe” acompanhamento clínico após a integração, o entrevistado C considera que “outra questão é que, por um lado as pessoas queixam-se mas, por outro lado, também nem sempre estão receptivas” – entrevista C. Uma das dificuldades para o decorrer do processo poderá advir duma concepção divergente do que é a supervisão – “como o outro já tem a mania que é

doutor, entre aspas, não está para o ensinar, e aquele que começa também acha que sabe tudo e não se quer rebaixar” – entrevista C.

A entrevistada A acha que este acompanhamento “*É da competência do enfermeiro especialista e do enfermeiro chefe*” – entrevista A; isto porque, como gestores de cuidados, fazem o acompanhamento dos enfermeiros da equipa e, conseqüentemente, uma supervisão indirecta dos cuidados. O entrevistado B considera que a escolha do supervisor deve recair sobre uma pessoa mais experiente e com mais poder de decisão, sendo sempre um especialista. Contudo, alerta para alguns condicionalismos que daí poderão advir, como uma possível tendência para a desresponsabilização por parte do supervisando – “*(...) toda a minha responsabilidade recai sobre a outra [pessoa com maior poder de decisão] e, portanto, eu vou-me sentir melhor*” – entrevista B e a qualidade da relação supervisiva, a qual pode ser prejudicial, essencialmente, para o supervisando. Depende, portanto, que “*devia haver, no seio da equipa, por exemplo, a possibilidade de ele [o supervisando] mudar de supervisor*” – entrevista B. Para o entrevistado C, “*O supervisor clínico deve ser uma pessoa na equipa*”; contudo, há que ter em conta quer os contextos, quer as pessoas – “*há aqui uma frieza que depende de profissional para profissional e de serviço para serviço*” – entrevista C.

A supervisão clínica em enfermagem está directamente relacionada com a orientação, suporte emocional e com o apoio. Estas são problemáticas fundamentais, inerentes à construção de saberes processuais relacionados com o próprio percurso de vida do supervisando (Abreu, 2003). Revestido de toda a importância está, também, o facto de cada indivíduo poder e dever intervir de uma forma activa ao longo de todo o seu caminho supervisivo, onde ambas as dimensões, pessoal e profissional, se interligam dinamicamente. Por conseguinte, é necessário que o supervisando possa expressar as suas necessidades e preocupações pessoais. Os entrevistados pensam que esta será uma das dimensões a considerar na definição das estratégias de supervisão clínica. Com o questionário pretendemos aceder, também, a informação relativa a esta problemática. Os resultados estão expressos no Quadro 18.

Quadro 18 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a oportunidade que tiveram de expressar as suas necessidades e preocupações

Até que ponto teve oportunidade de demonstrar as suas necessidades e preocupações	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sempre	14	77,8
Por vezes	2	11,1
Nunca	2	11,1
Total	18	100

Os inquiridos referem, na sua maioria, ter tido apoio neste sentido.

Cutcliffe *et al* (2001) fazem alusão a um estudo no âmbito do processo de supervisão em contexto psiquiátrico, onde se conclui que uma das medidas para a diminuição dos stress ocupacional – resultante da natureza do exercício profissional – é a existência de apoio e aconselhamento psicológico conduzido por profissionais com preparação específica.

Um dos aspectos que valorizamos como propiciador ou facilitador de dinâmicas de formação e, conseqüentemente, da qualidade das práticas, é o recurso a livros, revistas, Internet no local de trabalho. Achamos que estas pesquisas, a maior parte das vezes decorrentes de necessidades que podem ser identificadas não só pelo próprio supervisando como também por outros, facilitam a actualização de conhecimentos dos indivíduos. Para Bond e Hollad (1998), a facultaçã de meios, acompanhamento e apoio personalizados são vantajosos para o processo de aprendizagem. Neste sentido, inquirimos os indivíduos relativamente a esta problemática.

Concluimos que todos (100% dos actores) têm possibilidade de recorrer a recursos didácticos (livros, revistas, Internet) para realizar os seus estudos no local de trabalho.

Quadro 19 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a possibilidade de aceder a recursos didácticos para realizar os seus estudos no local de trabalho

Possibilidade de aceder a recursos didácticos no local de trabalho	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sim	18	100
Total	18	100

As publicações nacionais e internacionais podem, hoje em dia, ser acedidas através de formato de papel ou em base informática. Face às constantes evoluções a nível do conhecimento científico na área da saúde, as instituições devem estar preparadas para disponibilizar toda a informação. Resta que os profissionais sejam e estejam motivados para a sua formação com recurso a estes meios (que pode ser, também ela, acompanhada e orientada), de forma que se torne uma constante e uma mais valia para a prestação de cuidados.

A informação relativa ao funcionamento dos sistemas onde se move o profissional torna-se importante para que este possa contribuir para a manutenção da qualidade dos serviços prestados em todo o seu ambiente ecológico. Atribuímos pertinência ao conhecimento dos domínios da política organizacional em matéria de controlo da infecção hospitalar e de qualidade, controlo da qualidade e qualidade de cuidados e da política e práticas organizacionais em matéria de cuidados de enfermagem. Assim, perguntámos aos actores se lhes foi facultada informação relativa às temáticas referidas, na altura da sua integração. Os resultados encontram-se indicados nos quadros seguintes:

Quadro 20 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a informação facultada sobre a política organizacional em matéria de controlo da infecção hospitalar, na altura da sua integração

Foi facultada informação relativa ao controlo da infecção hospitalar	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sim	2	11,1
Não	16	88,9
Total	18	100

Quadro 21 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a informação facultada sobre a política organizacional em matéria de qualidade, controlo de qualidade e qualidade de cuidados, na altura da sua integração

Foi facultada informação relativa à qualidade, controlo de qualidade e qualidade de cuidados	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sim	2	11,1
Não	16	88,9
Total	18	100

Se analisarmos os Quadros 20 e 21, verificamos que à maioria dos actores, correspondente a uma frequência acumulada de 88,9%, não terá sido facultada informação sobre a política organizacional quer em matéria de controlo da infecção hospitalar, quer em matéria de qualidade, controlo de qualidade e qualidade de cuidados, na altura da sua integração. Apenas 11,1% dos indivíduos referem ter-lhes sido fornecida essa informação. Devemos colocar a hipótese, no caso da qualidade, dos enfermeiros se referirem apenas a uma formação formalizada e sistematizada.

Por outro lado, e de acordo com o Quadro 22, a maior parte dos inquiridos, a que corresponde a percentagem de 66,7%, diz que lhe foi facultada informação sobre a política e práticas organizacionais em matéria de cuidados de enfermagem aquando da sua integração (linguagens profissionais, protocolos, sistemas de informação, gestão de cuidados). Os restantes 33,3% consideram não ter sido informados relativamente a esta temática. Refere-se que actualmente o HML é dos poucos hospitais que mais formação faz sobre sistemas a todo o seu pessoal.

Quadro 22 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a informação facultada sobre a política e práticas organizacionais em matéria de cuidados de enfermagem (linguagens profissionais, protocolos, sistemas de informação, gestão de cuidados), aquando da sua integração

Foi facultada informação relativa às práticas organizacionais sobre cuidados de enfermagem	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sim	12	66,7
Não	6	33,3
Total	18	100

A reflexão sobre as práticas para identificação dos problemas e das soluções é um meio de crescimento pessoal e profissional que influencia de forma inequívoca a qualidade das mesmas. Quer seja feita solitariamente, pelo próprio indivíduo, quer seja uma reflexão conjunta, ela reveste-se de extrema importância no que diz respeito à supervisão clínica em enfermagem. Portanto, é claramente necessário que qualquer elemento em integração deve ser encaminhado no sentido da problematização da acção. Quisemos, então, saber se os inquiridos teriam ou não sido orientados para a realização de documentos de natureza reflexiva. Os resultados expressam-se da seguinte forma:

Quadro 23 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a orientação para a realização de documentos de natureza reflexiva (por exemplo, diário de aprendizagem, porte fólio reflexivo ou outro instrumento similar), durante o seu período de integração

Orientação para a realização de documentos de natureza reflexiva	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sim	2	11,1
Não	16	88,9
Total	18	100

Como verificamos no Quadro 23, a grande maioria dos inquiridos, ou seja, 88,9% (o correspondente a uma frequência relativa de 16) respondeu “*Não*”. Apenas 2 (11,1%) responderam positivamente.

Estamos conscientes, não só com base nos contextos onde nos movemos profissionalmente, mas também pela análise de autores como Schön (2001), Sá-Chaves (2000), Alarcão (2003), Abreu (2002, 2003), entre outros, que a problemática da dificuldade na reflexão sobre as práticas é ainda um obstáculo a considerar nas estratégias de supervisão a ser implementadas. Emerge a dificuldade da “*passagem do eu solitário ao eu solidário*” por uma “*construção partilhada do conhecimento*” (Sá-Chaves, 2000); talvez porque o profissional pode sentir uma certa inibição no que diz respeito à partilha de opiniões ou sugestões com os outros enfermeiros, nomeadamente com aqueles que julgam ser mais conhecedores do que ele; ou porque o supervisor clínico ou a figura que o substitui não tem competências que lhe permitam orientar a formação do recém profissional, de forma que esta seja baseada na compreensão da realidade.

A supervisão clínica deve, portanto, ser orientada para e por toda a envolvência das práticas, com todas as implicações pessoais e colectivas. Para isso, principalmente numa fase inicial do desenvolvimento profissional, os processos de supervisão clínica devem estar dirigidos para que cada supervisando faça da reflexão sobre as suas práticas uma rotina. Neste sentido, inquirimos os enfermeiros sobre esta temática. Tal como está expresso no quadro seguinte, metade dos indivíduos da nossa amostra (50%) considera que o supervisor clínico o ajudou a reflectir sobre as suas práticas profissionais, enquanto que a outra metade refere o contrário.

Quadro 24 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a ajuda disponibilizada na reflexão sobre as suas práticas profissionais, pelo supervisor clínico

O supervisor clínico ajudou na reflexão sobre as práticas	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sim	9	50
Não	9	50
Total	18	100

Uma das estratégias supervisivas que pode ser adoptada para que o objectivo referido anteriormente possa ser atingido com sucesso, poderá ser a determinação de

momentos ou ocasiões específicas e individualizadas de supervisão e reflexão sobre as experiências clínicas. Tal como expresso no Quadro 25, relativo a esta temática, a maior parte dos indivíduos considera que tais momentos ou ocasiões foram disponibilizados em número suficiente – o correspondente a uma frequência acumulada de 44,4%. Contudo, não se fazem notar grandes diferenças no que diz respeito à resposta “*Não foram disponibilizadas*”, para a qual obtivemos um valor de 38,9%. Os restantes indivíduos consideram que as sessões individuais de supervisão que lhes foram facultadas foram em número insuficiente (16,7%, o correspondente a uma frequência relativa de 3).

Quadro 25 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a disponibilização de momentos ou ocasiões específicas e individualizadas de supervisão e reflexão sobre as suas experiências clínicas

Foram disponibilizados momentos orientados para a reflexão sobre as experiências clínicas	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Em número suficiente	8	44,4
Em número insuficiente	3	16,7
Não foram disponibilizadas	7	38,9
Total	18	100

A ética e deontologia das práticas são temáticas que podem ser tão polémicas como importantes para a prestação de cuidados de enfermagem. A pessoa tem que estar preparada para decidir a sua forma de acção mais adequada, face a todas as situações novas e imprevisíveis com que se depara no seu quotidiano profissional. Para isso, deve poder e ser incentivado a reflectir não só sobre a sua experiência mas também sobre outros casos. Inquirimos, os enfermeiros sobre a oportunidade que tiveram para fazer essa reflexão. Os resultados encontram-se descritos no quadro seguinte.

Quadro 26 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a oportunidade que tiveram de refletir sobre questões de ordem ética e deontológica

Oportunidade para reflectir sobre questões éticas e deontológicas	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Em número suficiente	6	33,3
Em número insuficiente	5	27,8
Não foram disponibilizadas	7	38,9
Total	18	100

Constatamos, pela análise do quadro, que não existem grandes discrepâncias em termos dos valores obtidos: 38,9% (7 enfermeiros) responderam que não lhes foram disponibilizadas oportunidades para essa reflexão, 33,3% (6 enfermeiros) consideram que essas oportunidades existiram em número suficiente e 27,8% (5 enfermeiros) referem que foram em número insuficiente. As respostas parecem reverter-se para abordagens mais sistematizadas, uma vez que no decurso da assistência emergem diversas questões éticas e deontológicas.

Parece-nos que os enfermeiros valorizam a dimensão reflexiva sobre os diferentes domínios relacionados com o exercício profissional da profissão de enfermagem. Os aspectos éticos e deontológicos devem ser tidos em conta na implementação e no desenvolvimento do processo de supervisão pois são eles que, de uma forma mais ou menos directa, regulam todas as práticas e, por isso, regulam a sua qualidade. Fazendo uma análise da legislação em vigor a nível nacional poderemos reportar-nos ao Código Deontológico dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril), onde são referenciados os aspectos éticos a considerar no decorrer do exercício profissional.

São vários os autores que valorizam esta dimensão. Por exemplo, Cottrell (2000), atribui importância a assuntos relacionados com a responsabilização e confidencialidade profissional por parte do supervisor clínico em aspectos relativos ao supervisando e/ou aos doentes. Soares (2004), fazendo alusão a um estudo de Flavey (2002) levado a cabo nos Estados Unidos, com o objectivo de identificar aspectos legais e éticos mais vulneráveis nas práticas supervisivas, conclui que seria proveitosa a existência de consentimentos informados e contratos supervisivos com o objectivo de validar o processo em caso de

problemas na relação supervisiva. Também Bernard e Goodyear (1998) admitem a necessidade de existir uma autorização formal do supervisor antes de se iniciar o processo. Jones (2001) considera que os intervenientes no processo devem estabelecer formalmente as suas responsabilidades na implementação, no decorrer e, eventualmente, na quebra do contrato supervisivo.

Face à análise dos dados relativos à orientação e reflexão sobre as práticas e experiências clínicas e as questões de ordem ética e deontológica verificamos que, apesar de podermos considerar os resultados relativamente satisfatórios, existem ainda aspectos a aprofundar e a aperfeiçoar.

Para os entrevistados esta é uma estratégia importante de supervisão que não se deve desprezar:

«E se houver um enfermeiro das práticas que seja capaz de lhe dizer, por exemplo: “A consciencialização da resposta de agressividade já é um bom princípio, porque é que respondeste à agressividade com agressividade, porque é que não soubeste que aquela agressividade não era dirigida a ti, como pessoa, mas resultante da própria doença?”. E este acompanhamento e esta reflexão sobre as práticas parecem essenciais».

Entrevista A

Quando confrontados com os resultados dos inquéritos consideraram que, na prática, eles correspondem, de alguma forma, à realidade do contexto – “*Na prática acho que há uma certa dificuldade em utilizar esses momentos como um momento do dia em que se pode reflectir, de alguma maneira, sobre as práticas realizadas*” – entrevista A; “*As lacunas com a orientação dos enfermeiros para a reflexão...a gente já viu que é uma prática e que é outro aspecto a investir*” – entrevista B; “*penso que neste momento já há...porque as pessoas também reconhecem ao chefe e aos especialistas com horário fixo alguma capacidade de discussão*” – entrevista C.

Existem algumas condicionantes que poderão influenciar estes resultados, como a resistência à mudança:

«O que eu acho é que é muito mais fácil as práticas ritualizadas, uma continuidade sem se fazer grandes “ondas”, porque aqueles profissionais que chegam ao serviço e que, se calhar, porque não estão lá, porque não conhecem os hábitos e questionam: “porque é que se faz assim e não se faz assado?”- muitas vezes são mal vistos, não é? Em querer revolucionar as coisas: “Se sempre se fez assim porque é que se há-de mudar?”. As

rupturas...»

Entrevista A

E algumas particularidades do contexto onde os profissionais se movem – *“Também depende muito das chefias, da proximidade, da relação que as pessoas têm dentro da equipa”* – entrevista C, e até mesmo algumas condicionantes de carácter emocional:

“Essas questões, as questões emocionais...porque as pessoas transportam uma carga emocional grande...e depois, o profissional também é pessoa, também está cheio de problemas pessoais, familiares e, muitas vezes...E até mesmo o trabalho! Muitas vezes as pessoas também andam cansadas”

Entrevista C

e motivacional:

«Vou-lhe dar um exemplo que é para ilustrar: nós marcamos uma reunião científica e aparecem 10 enfermeiros e os laboratórios, que vêm aí “vender o peixe” de um produto também os convidam para um jantar ou para um almoço, e estão lá todos! E agora, como é que eu vou resolver isso?»

Entrevista C

O entrevistado B considera que seria vantajoso que o tempo de suspensão englobasse momentos para a reflexão sobre as práticas clínicas. Na sua opinião,

“Deveriam haver três períodos para discutir estes três focos, entre supervisor e supervisionado, de forma a poder avaliar se há conhecimento para actuar, se a pessoa sabe manejar aquele conteúdo por dentro e por fora, se é capaz de identificar as situações, se é capaz de, depois da identificação, saber quais as intervenções mais adequadas...Portanto, estes momentos mais formais deviam estar presentes nesta relação”.

Entrevista B

O processo de supervisão deve ser conduzido de acordo com alguns aspectos, muitos deles já referidos anteriormente. Está essencialmente orientado para o desenvolvimento quer profissional, quer pessoal do indivíduo; efectivamente, e tal como considera, por exemplo, Tavares (1993, 1996), existe uma relação de mutualidade entre os dois. Não pode, portanto, ser dirigido apenas pelo ambiente onde o indivíduo se posiciona profissionalmente; a pessoalidade do enfermeiro tem que ser tida em consideração. Pretendendo analisar a relação entre a supervisão clínica e a dimensão pessoal do

supervizando, quisemos saber a opinião dos inquiridos, colocando-lhes a seguinte questão: “*O supervisor clínico teve em conta os seus problemas pessoais?*”. Retratamos a informação obtida no Quadro 27.

Quadro 27 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a periodicidade que o supervisor clínico teve em conta os seus problemas pessoais

O supervisor clínico teve em conta os seus problemas pessoais	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sempre	8	44,4
Por vezes	4	22,2
Nunca	6	33,3
Total	18	100

Verificamos que 44,4% (8 enfermeiros) consideraram a hipótese “*Sempre*”, em oposição aos 33,3% (6 inquiridos) que responderam “*Nunca*”. Os restantes elementos (22,2%) acham que “*Por vezes*” o supervisor clínico teve em conta os seus problemas pessoais.

Na opinião dos entrevistados, “*de uma maneira geral, os enfermeiros chefes tendem a, numa perspectiva de estabilidade emocional da própria equipa, ajudar a resolver os problemas*” – entrevista A. Este resultado pode, também, reflectir o facto de o supervisor “*perceber que o outro precisa de apoio, que está cansado, que teve aquela atitude ou não menos reflectida...*” – entrevista C.

O facto de 33,3% considerarem que “*Nunca*” tiveram oportunidade de expressar as suas necessidades e preocupações pode dever-se ao facto de existirem “*conflitos pessoais*” – entrevista A. O entrevistado C considera que os resultados reflectem um desconhecimento, por parte dos supervisandos (os inquiridos, neste caso), do que é a supervisão – “*se calhar parte-se do princípio que não sabe o que é a supervisão clínica e o grande problema está aí*”. Para o entrevistado B, por vezes, “*(...) o supervisionado tem expectativas maiores do que aquelas que tem o supervisor*”.

Consideramos, tal como se refere na entrevista A, que os conflitos e “*o relacionamento interpessoal também pode interferir*” na opinião dos inquiridos. O

entrevistado B admite que seria pertinente, neste âmbito, a existência de apoio a nível hospitalar, onde os supervisandos pudessem recorrer no caso de sentirem necessidade.

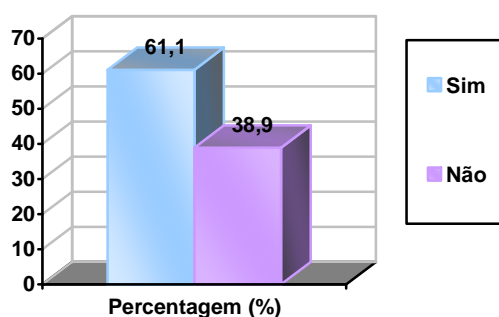
A relação supervisiva que se estabelece entre os dois actores, supervisor e supervisando influencia, de forma definitiva, o decorrer do processo de supervisão. As orientações que esta relação pode assumir bem como o seu sucesso dependem não só características dos actores, mas também da formação e das competências que o supervisor possui e da percepção que o supervisando delas tem.

Nesta perspectiva, pretendemos saber se os supervisandos consideravam o supervisor clínico preparado para desenvolver o seu papel.

Quadro 28 – Distribuição dos indivíduos de acordo a preparação do supervisor para desenvolver o seu papel

O supervisor clínico estava preparado para desenvolver o seu papel	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sim	11	61,1
Não	7	38,9
Total	18	100

Gráfico 8 – Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com a preparação do supervisor para desenvolver o seu papel



Tal como visualizamos no Gráfico 8, a maioria dos inquiridos (61,1%), em contraste com os restantes 38,9%, responde que o supervisor estava preparado para

desenvolver o seu papel (apesar deste poder estar difuso na equipa, como constatámos anteriormente)

Tal como já dissemos, achamos que a formação é um dos aspectos que mais contribui, por diversos motivos, para que as práticas sejam de qualidade. Valorizamos os momentos que emergem da experiência de trabalho e que têm em consideração todo o ambiente ecológico onde se move o profissional. Neste âmbito, foi nossa pretensão recolher informação sobre as estratégias que propiciam a aprendizagem dos enfermeiros.

No domínio do informal, a relação com os pares poderá ser bastante produtiva neste sentido. Solicitámos, então, aos enfermeiros que referissem se a relação com os colegas do serviço favoreceu a sua aprendizagem. Os resultados são os seguintes:

Quadro 29 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a sua opinião relativamente à relação dos colegas como favorecedora da sua aprendizagem

A relação com os colegas favoreceu a aprendizagem	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sempre	17	94,4
Por vezes	1	5,6
Total	18	100

Podemos constatar que quase todos os elementos da nossa amostra responderam que essa relação favoreceu “*Sempre*” a sua aprendizagem (o correspondente a 7 indivíduos – 94,4%). Apenas uma pessoa respondeu “*Por vezes*”. Nenhum considerou a hipótese “*Nunca*”.

A formação que ocorre nos momentos mais formais é, também, objecto da nossa análise. Há já algum tempo que a formação em serviço ocupa um lugar de relevo no percurso formativo dos enfermeiros. Colocamos, então, a seguinte questão: “*No seu local de trabalho, realizam-se acções de formação em serviço?*”. Responderam-nos da seguinte forma:

Quadro 30 – Distribuição dos indivíduos de acordo a sua opinião quanto à frequência da realização de acções de formação em serviço

Realizam-se acções de formação em serviço	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Sempre	9	50
Por vezes	6	33,3
Nunca	3	16,7
Total	18	100

Metade dos inquiridos considera que se realizam “*Sempre*”, 33,3% (6 indivíduos) respondem “*Por vezes*” e 16,7% (3 indivíduos) dizem que “*Nunca*” se realizam acções de formação em serviço no seu local de trabalho.

Apesar da maior parte dos enfermeiros ter optado pela primeira hipótese, seria mais satisfatório se os dados revelassem uma maior frequência nesse aspecto. Numa primeira análise poderemos, talvez, justificar os valores encontrados referentes às duas últimas hipóteses pelo facto de grande parte dos enfermeiros trabalhar por turnos, com períodos de 35 horas ou superiores. Tais características podem ter como consequência uma menor disponibilidade, a todos os níveis, quer para estar envolvido na preparação quer para frequentar formações. O hospital faz um grande esforço para dar formação profissional. A respeito da periodicidade da formação em serviço, os entrevistados, quando tiveram conhecimento dos resultados obtidos pelos questionários, mostraram algum desacordo – “*Não faço ideia porque é que as pessoas dizem que nunca se realizam*”. O entrevistado C refere que o hospital tem investido na formação em serviço e que “*Já há quase todos os meses! Há serviços que têm quase todas as semanas!*”. A formação em serviço é uma das modalidades de formação que mais contribui para o desenvolvimento profissional e da profissão, devendo ser organizada, num plano de formação anual:

“Eu acho que mesmo que seja aquela formação clássica de dois enfermeiros que têm obrigação de, uma vez por mês, escolher um tema e apresentar aos colegas ou de fazer um plano de formação para o ano inteiro, em que se dividem por grupos e vão apresentando, eu acho...”

Entrevista A

Ainda no âmbito da formação em serviço, pretendíamos saber quais os temas abordados nas três últimas acções de formação. Apesar de dizerem que “*por vezes*” existem estes momentos no serviço onde trabalham, dois inquiridos não responderam. Verificamos, também, que 1 enfermeiro se referiu apenas a um e 2 a dois temas.

Identificamos as seguintes categorias, também expressas no Anexo III (relativo ao tratamento dos dados desta questão):

- A - Intervenções/prática de cuidados de enfermagem;
- B - Organização/Gestão;
- C - Clínica/fisiopatologia da doença;
- D - Dimensão pessoal e interpessoal;
- E - Outros.

Sem pretendermos realizar qualquer tipo de inferências de natureza quantitativa, optamos por fazer alusão às frequências relativas das unidades de registo para cada categoria, já que tal se poderá tornar relevante numa fase posterior da nossa análise.

À categoria A, correspondem unidades de registo que consideramos pertencer ao domínio das “*Intervenções/prática e cuidados de enfermagem*”. Verificamos, nesta categoria, uma frequência de 10 respostas, algumas delas coincidentes nos diferentes inquiridos. Temos como exemplos os seguintes:

Q1 – “*Relaxamento*”;

Q2 – “*Cuidados de enfermagem no Síndrome de Mushansen*”;

Q4 – “*Cuidados de enfermagem no ECT*”;

Q10 – “*Suporte básico de vida*”;

Q17 – “*Massagem terapêutica*”.

Na categoria B, referente à “*Organização/Gestão*”, obtivemos uma frequência de 10 unidades de registo. Tal como anteriormente, constatamos que diferentes indivíduos deram respostas idênticas. Poderemos referir-nos a temas como:

Q6 – “*Higiene e segurança no trabalho*”;

Q7 – “*Gestão da melhoria contínua do trabalho*”;

Q12 – “*Apoio jurídico*”;

Q17 – “*Segurança na instituição*”;

Q17 – “*Qualidade dos cuidados*”.

Na categoria C encontram-se as unidades de registo que se remetem a aspectos relativos à “*Clínica/fisiopatologia da doença*”. Obtivemos uma frequência de 12 unidades de registo, tais como:

Q1 – “AVC”;

Q2 – “*Estudo de caso em doente com esquizofrenia*”;

Q3 – “*Dor psiquiátrica profunda*”;

Q8 – “*1º surto psicótico*”;

Q15 – “*Psicoterapias*”.

A categoria D refere-se a áreas relacionadas com aspectos dos domínios cognitivo, afectivo e emotivo das relações. A frequência relativa que obtivemos foi de 3 unidades de registo, todas elas sobre “*Dinâmicas de grupo*” – Q8, Q9, Q15.

Após a leitura das respostas achámos significativo considerar uma categoria onde englobámos informação relevante que não estava directamente orientada para a questão colocada. Optámos por não a considerar nos grupos anteriores já que este enfermeiro respondeu, anteriormente, que no seu local de trabalho nunca se realizavam acções de formação em serviço. Esta categoria, com o código E, foi designada por “*Outros*”, e teve como unidade de registo:

Q16 – “*Acções de formação (...) nas passagens de turno sobre: as dinâmicas a seguir para melhorar a organização do serviço - CIPE*”.

Se fizermos uma análise global das unidades de registo constatamos que correspondem, na sua maioria (frequência de 12), à categoria C – “*Clínica/fisiopatologia da doença*”. Contudo, as categorias A – “*Intervenções/prática de cuidados de enfermagem*” e B – “*Organização/gestão*”, que tiveram igual número de respostas, não diferiram muito (frequência de 10).

Excluindo a categoria E – “*Outros*”, aquela que obteve uma menor frequência foi a que está directamente relacionada com o desenvolvimento da componente relacional do indivíduo. Achamos que, dado o contexto em questão e, conseqüentemente, a natureza do trabalho em enfermagem na psiquiatria, esta poderá ser uma área mais explorada devendo, por isso, ser criadas mais oportunidades neste sentido.

Martinho (2004), no estudo multicaseos que realizou sobre a “*Relação Terapêutica e Estilos de Aprendizagem em Enfermagem: uma abordagem em contexto psiquiátrico*”, que se reportava, também, ao Hospital Magalhães Lemos, verificou que os enfermeiros

valorizavam a formação em serviço como meio para a aquisição ou actualização de conhecimentos e de motivação profissional, sugerindo que ela deveria ser orientada para a consciencialização da personalidade de cada indivíduo. A autora aponta que “*é o profissional enquanto pessoa que faz a grande diferença, sugerindo a intervenção nesta área de formação*” (p. 320).

Consideramos que a formação está orientada para os problemas sentidos pelos profissionais, face ao contexto onde se movem. Como refere Hesbeen (2001), o cuidar envolve não só as competências técnicas mas também as de índole relacional e todas as suas dimensões. Assim, achamos que seria pertinente uma reformulação dos temas e planos de formação em serviço, tendo especial atenção aos de carácter interrelacional, que foi um dos assuntos focados quando os enfermeiros se referiram a aspectos desagradáveis na sua experiência profissional. Tal como se refere na entrevista A,

“A formação em serviço preconiza, exactamente, que haja esses momentos...que haja momentos formais de esclarecimento e de formação sobre determinados aspectos que foram sentidos como mais dificultadores por parte da equipa...”.

Entrevista A

Desta forma, sendo um hospital psiquiátrico central, onde um dos objectivos é a implementação da CIPE e que se encontra num processo de acreditação, faz todo o sentido que as acções de formação sejam orientadas para os temas referidos. Ao analisarmos as entrevistas verificamos que, de um modo geral, existe uma concordância com os temas, sendo todos eles valorizados para o nosso contexto:

“Porque estavam num processo de implementação da CIPE e, portanto, tivemos que orientar dois processos: a CIPE, por um lado, e a acreditação, pelo outro. Portanto, nós temos que reorientar a formação para dar cumprimento a esses dois requisitos”; “Claro que a higiene e segurança tem que ser, porque é uma norma que nós temos que estipula que de dois em dois anos se tenha que fazer a reciclagem desses conteúdos. Mas há outras áreas que vão estando em desenvolvimento”.

Entrevista C

O facto de se verificar um maior número de unidades de registo na categoria “*Clínica/Fisiopatologia da doença*” acontece, na óptica da entrevistada A, porque

“É mais fácil ir para a abordagem da patologia e fisiopatologia, como referiu (...) As outras exigem tempo; a pessoa não lê uma coisa num livro sobre uma técnica específica e vai fazer assim com todo o à vontade, a não ser que seja irresponsável, a não ser que tenha uma formação bem estruturada. Portanto, acho que é mais fácil que as pessoas se sintam mais à vontade em desenvolver actividades de formação nessa área: na fisiopatologia, da gestão e da definição dos cuidados em função de patologias específicas.”

Entrevista A

Contudo, manifesta-se a necessidade de existir, dada a natureza do trabalho em psiquiatria, um maior investimento nas questões da interpessoalidade e das relações interpessoais, nomeadamente da sua prática:

“Mas acho que faz todo o sentido os estudos de caso. As dinâmicas de grupo, no contexto da psiquiatria, também são fundamentais. As psicoterapias... Nós estamos a falar da psiquiatria! Grande parte das formações em serviço tem que incidir sobre as psicoterapias. Não há outra forma! Tem que incidir sobre a capacidade relacional, tem que incidir, por exemplo, nas características do auto-conhecimento das pessoas, para poderem melhor desempenhar...”

Entrevista B

Outro aspecto que consideramos importante e que achamos que influencia o tipo de cuidados, a formação e, indiscutivelmente, as estratégias supervisivas (em todas as suas vertentes) é o alvo dos cuidados – os clientes. Solicitámos aos enfermeiros uma descrição da situação clínica dos utentes que permanecem nos seus serviços. O tratamento da informação obtida (Anexo IV) levou-nos a considerar as seguintes categorias:

- A – Cuidados que necessitam;
- B – Graus de dependência;
- C – Estados de saúde.

Relativamente à categoria A as unidades de registo reflectem a grande variedade de cuidados/intervenções que os profissionais realizam na sua prática diária. Devido ao contexto em estudo e à própria natureza dos serviços, podemos considerar que, na generalidade, os enfermeiros prestam “*Cuidados de medicina interna e de psiquiatria*” – Q1 e “*Cuidados de enfermagem gerais*” – Q18. No que diz respeito a esta categoria,

afirmam que as intervenções levadas a cabo estão relacionadas com tipo de cuidados: por exemplo, “*Supervisão da toma de medicação*” – Q2, “*Supervisão e auxílio de algumas AVD*” – Q3, “*Incentivar o auto-cuidado*” – Q5 e realização de acções de educação para a saúde – Q5. Os inquiridos referiram-se, ainda, na sua maioria, a intervenções relacionadas e orientadas para o “*Suporte emocional*” – Q12, o “*...apoio psicológico (escuta activa)*” – Q17 ou para a “*Vigilância do comportamento, do pensamento e percepção, da agressividade (auto e hetero), da auto-mutilação, ideação suicida, risco de suicídio*” – Q16. Analisando as respostas, verificamos que a maioria dos enfermeiros considera que os doentes que permanecem nos seus serviços necessitam de cuidados essencialmente orientados para o foro psíquico.

Na categoria B, pela análise das unidades de registo, poderemos referir que: 5 inquiridos prestam cuidados a doentes independentes – “*Doentes (...) na sua maioria independentes*” – Q3; 3 enfermeiros consideram que os doentes são dependentes em grau moderado – “*Dependência em grau moderado*” – Q2; 2 enfermeiros referem que os doentes são dependentes em grau reduzido – “*Em geral são doentes com um grau reduzido de dependência*” – Q6. Verificamos que 3 inquiridos não especificaram o grau de dependência, referindo-se, por exemplo, a “*Doentes com vários graus de dependência*” – Q10. Ainda no que diz respeito a esta categoria, não obtivemos qualquer unidade de registo por parte de 3 inquiridos.

Quanto à categoria C, “estados de saúde”, os dados obtidos foram de encontro às nossas expectativas, já que nos posicionamos num contexto de psiquiatria. Desta forma, a maioria das unidades de registo está relacionada com as alterações do foro psiquiátrico, como verificamos, por exemplo, em Q11 – “*Alteração do pensamento, estados de agitação psicomotora, alteração da percepção*”; nalgumas faz-se mesmo referência a diagnósticos médicos: “*Os diagnósticos médicos mais comuns são: esquizofrenia, depressão, 1º surto psicótico, dependência alcoólica e doenças não identificadas*” – Q8. Identificámos 1 enfermeiro que diz trabalhar num serviço de psicogeriatrica onde os doentes têm idade avançada – Q1. Há também 1 enfermeiro que considerou que os utentes “*Apresentam um estado de saúde razoável*” – Q17, enquanto que 2 responderam que os utentes dos seus serviços estão “*Doentes*” – Q3, por exemplo. Nesta categoria, não registamos respostas por parte de 7 inquiridos.

A situação clínica dos doentes condiciona todo o processo de supervisão clínica, nomeadamente o tipo de a forma de apoio disponibilizado ao profissional. Verificamos que, tal como refere Martinho (2004) a dimensão da componente relacional (nomeadamente a relação terapêutica e a relação de ajuda) nos contextos da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica assume um papel de relevância. Por sua vez, Bernard e Goodyear (1998) equacionam problemáticas associadas à dificuldade em estabelecer uma relação entre o enfermeiro e o cliente, nomeadamente no que concerne a comunicação e o saber estar e saber ser junto destes. Ainda a este respeito, Ellis e Hartley (1998) falam na complexidade da prática profissional dos enfermeiros, aí incluindo as dificuldades que os enfermeiros recém formados sentem nas intervenções no domínio da comunicação e da relação, áreas muitas vezes deficitárias a nível da comunicação básica.

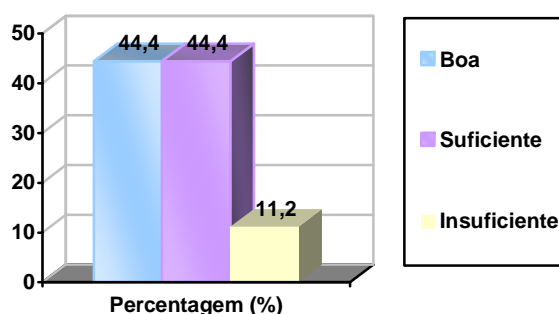
Se considerarmos a idade e o tempo de serviço dos enfermeiros – apesar de alguns serem especialistas –, e porque, como referimos anteriormente, o seu percurso formativo deve ser baseado nos próprios contextos e nas suas problemáticas e situações, achamos que, mesmo existindo referências a temas do domínio da área médica (não menos importantes para algumas práticas) mas também sobre intervenções de enfermagem, a formação em serviço, no contexto em estudo, deveria incidir de uma forma mais sistemática no domínio da dimensão pessoal e interpessoal. Como refere Hesbeen (2001), o cuidar envolve não só as competências técnicas mas também a relação interpessoal e todas as suas dimensões. Contudo, porque a técnica se encontra em constante desenvolvimento, não a poderemos desvalorizar.

Como o sucesso do decorrer do processo de supervisão clínica em enfermagem influencia directamente a qualidade do desempenho profissional, quisemos aceder a informação relativa a esta problemática. Questionamos, então, os profissionais sobre a sua opinião relativamente à orientação/supervisão/acompanhamento que lhes foi ou é disponibilizada. Os resultados obtidos foram os seguintes:

Quadro 31 – Distribuição dos indivíduos de acordo a sua apreciação relativamente à orientação/supervisão/acompanhamento que lhes foi (ou é) disponibilizado

Orientação/supervisão/acompanhamento disponibilizado	Frequência (n°)	Percentagem (%)
Boa	8	44,4
Suficiente	8	44,4
Insuficiente	2	11,1
Total	18	100

Gráfico 9 – Distribuição percentual dos indivíduos de acordo com a sua apreciação relativamente à orientação/supervisão/acompanhamento que lhes foi (ou é) disponibilizado



Tal como poderemos verificar/visualizar pela análise do Quadro 29 e do Gráfico 9, a maior parte dos indivíduos consideram a orientação/supervisão/acompanhamento que lhes foi (ou é) disponibilizado “Boa” (44,4%) ou “Suficiente” (também 44,4%). Apenas 2 indivíduos, o correspondente a 11,2%, escolheram a opção “Insuficiente”.

Apesar de acharmos que, idealmente, todos os enfermeiros devem considerar que o seu acompanhamento foi ou é bom, os resultados obtidos foram relativamente satisfatórios. Iremos definir outros factores que para tal contribuem, numa fase posterior.

Tal como refere o entrevistado B, um dos factores que pode condicionar estes resultados serão as expectativas que têm os supervisandos relativamente ao seu processo supervisão.

Ainda no que diz respeito ao processo supervisão, tendo presente todos os seus domínios, colocamos a seguinte questão: “De entre os processos seguidamente

mencionados, indique sobre qual incidiu mais o acompanhamento (supervisão clínica) que lhe foi proporcionado no serviço”. O Quadro 32 reflecte as respostas obtidas.

Quadro 32 – Distribuição dos indivíduos de acordo o processo sobre o qual incidiu mais a supervisão clínica que lhe foi proporcionada no serviço

Processo sobre qual incidiu mais a supervisão clínica	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Apoio pessoal e emocional	1	5,6
Protocolos de actuação	3	16,7
Segurança dos utentes	3	16,7
Qualidade dos cuidados	2	11,1
Relação com os utentes	3	16,7
Diagnóstico e assistência aos utentes	6	33,3
Total	18	100

A maioria dos inquiridos, ou seja, 33,3% (o correspondente a uma frequência relativa de 6), diz que o seu acompanhamento incidiu mais sobre o “*Diagnóstico e assistência aos utentes*”. 16,7% (ou 3 indivíduos) acharam que a sua supervisão clínica incidiu, essencialmente, sobre “*Protocolos de actuação*”, “*Segurança dos utentes*” ou “*Relação com os utentes*”. Os restantes actores consideraram as opções “*Qualidade dos cuidados*” (11,1% da amostra) e “*Apoio pessoal e emocional*” (5,6% ou 1 indivíduo). Salientamos o facto de nenhum ter identificado a “*Formação (diferentes modalidades)*”.

Os dados revelam que os processos mais tidos em conta serão aqueles que têm a ver com a componente mais directa da prestação de cuidados. Em contraste, os processos menos escolhidos foram os que estavam enquadrados nas dimensões das relações pessoais e interpessoais e da formação (não sabemos, contudo, se foram tidas em conta, já que o nosso objectivo foi que focalizassem apenas uma opção).

No âmbito deste estudo foi nossa intenção aceder a informação relativa à satisfação dos enfermeiros com a supervisão disponibilizada pelos supervisores. Os resultados por

nós obtidos revelaram que, em geral, os enfermeiros estão bastante ou muito satisfeitos (33,3% e 27,8%, respectivamente).

Os enfermeiros que revelaram um maior grau de satisfação com o seu acompanhamento foram, maioritariamente, os que têm menor tempo de serviço e que se posicionam na categoria profissional mais baixa da carreira de enfermagem. Este facto poder-se-á dever ao crescente interesse e aprofundamento dos estudos em enfermagem onde se relaciona a qualidade dos cuidados e a supervisão, que condicionam, de alguma forma, a preocupação com as práticas supervisivas nos contextos de trabalho. Neste sentido, Abreu (2002) diz-nos que a criação do Sistema de Qualidade em Saúde e as reflexões sobre a formação em enfermagem despoletaram o debate sobre a supervisão das práticas clínicas. Tal como se reflecte neste grupo de enfermeiros, um acompanhamento adequado, onde se estimula e privilegia a aprendizagem reflexiva, é um dos caminhos para atingir os objectivos da SEF. Os actores com um maior grau de satisfação são, em geral, aqueles que foram acompanhados na sua reflexão sobre as práticas profissionais.

Face a estes dados consideramos que, na generalidade, existe uma certa aproximação entre o que os enfermeiros responderam e as que devem ser as características fundamentais do supervisor, o que influenciou, sem dúvida, a apreciação que fizeram relativamente à relação supervisiva que se estabeleceu. Verificamos que o supervisor deve assumir, para os nossos actores, a figura de orientador, mais experiente, que ajuda e dá suporte, demonstrando competência profissional, que valoriza a formação, com capacidade de gestão das emoções, imparcialidade, espírito de colaboração em equipa, disponível e compreensivo, devendo ter formação na área.

Dada a complexidade de todo o ambiente onde se insere o hospital e a consequente dificuldade que pode emergir no seu exercício, a formação em serviço poderá ser um veículo que garante a segurança dos próprios enfermeiros na realização das suas actividades.

Os entrevistados reconhecem a supervisão clínica em enfermagem, com tudo o que ela envolve, como um “*processo de garantia de que as pessoas têm acesso a práticas de qualidade*” – entrevista B, que conduz “*(...) forçosamente a uma maior satisfação do profissional, à satisfação dos utentes*” – entrevista A . A gestão e a avaliação das práticas, dos factores organizacionais (onde incluem os recursos físicos, materiais e humanos), a formação, são alguns aspectos valorizados. O contexto do nosso estudo, o Hospital

Magalhães Lemos, onde está a decorrer o processo de acreditação pelo King's Fund, está a ser um exemplo disso. Tal como refere o entrevistado C,

“houve crescimentos bastante positivos, nomeadamente no que diz respeito a procedimentos e à higiene e segurança no trabalho [e à] questão do risco; a questão do risco não clínico – esta é uma questão nova por causa da acreditação – tem um lugar de relevo, de muita importância”.

Na sua opinião,

“ (...) nestes dois anos houve algum crescimento, já alguma maturação, já algum caminho andado. Houve uma situação de mudança nalgumas coisas e depois, com esta situação da acreditação, penso que fizemos alguns progressos. (...) Eu estou esperançado que demos o salto positivo; mais dois ou três anos e teremos coisas novas, que ainda estão em curso”.

Entrevista C

3.2.2. Designação e responsabilidades do supervisor

As características dos contextos e o aumento dos níveis de exigência da sociedade traduzem-se, a nível da enfermagem, na crescente necessidade de problematização das práticas. Face a esta realidade valoriza-se, cada vez mais, a interacção entre a teoria e a prática. Neste sentido, as organizações constituem-se como espaços privilegiados para a formação, já que podem promover a apropriação dos saberes e das competências necessárias para a formação de bons profissionais, através de uma orientação ajustada e conducente à reflexão contínua sobre a prática. Basicamente, a preparação/orientação dos profissionais centra-se em duas realidades do conhecimento: as teorias e observações formais que foram ou são confirmadas na investigação e o conhecimento e as competências que com ele surgem e se aprimoram ao longo da experiência profissional (Bernard e Goodyear, 1998). A este respeito Schön fala-nos no aprender fazendo e reflectindo na, para e sobre a acção, com base nos quadros conceptuais prévios (Sá-Chaves, 2000). Neste processo, e dada a complexidade das práticas, destaca-se a importância do papel dum supervisor clínico que é simultaneamente o formador, o companheiro, o orientador e facilitador da integração de saberes, do desenvolvimento profissional e pessoal do supervisando.

Apesar de já existirem vários autores que se debruçaram sobre itens relativos à figura dos supervisores clínicos há, ainda, na prática, uma certa indefinição no que diz respeito à sua designação e à definição das suas funções específicas. Bond e Holland (1998) referem que a identificação dos supervisores clínicos pode ser feita pelos administradores e gestores, sendo as suas funções definidas pela política organizacional; contudo, acham positivo o facto de se possibilitar a escolha do supervisor, por parte do supervisando. Cottrell (2000) considera que o ideal seria que o supervisor clínico (SC), para além de emergir da equipa, fosse designado por ela; apresenta como justificação o facto de existir um conhecimento das suas características por parte de todos (incluindo o supervisando), antes do início da relação supervisiva. Outros autores, como por exemplo Howatson-Jones (2003), afirmam que se os supervisores fossem escolhidos pelos supervisandos, a qualidade dos cuidados estaria mais garantida; isto porque se iria estabelecer mais facilmente a relação supervisiva, também de qualidade e, conseqüentemente, a aprendizagem estaria mais favorecida.

Considerando os argumentos delineados por estes autores, e com base no conhecimento do contexto em estudo que possuímos, achamos que, numa fase inicial do processo de supervisão, quando falamos no supervisando como uma pessoa pouco experiente e com um escasso conhecimento do meio onde se move profissionalmente, o SC deveria ser nomeado pela equipa de enfermagem e pelo supervisando; numa fase mais avançada, quando o supervisor se apresenta como um profissional mais experiente e familiarizado com o contexto de trabalho, deveria ser ele próprio a escolher a pessoa que o supervisiona.

Contudo, alguns critérios de selecção devem ser tidos em conta para que a escolha seja a mais acertada. Achamos que estes poderão estar directamente relacionados com as características do supervisor. Um dos mais importantes será, sem dúvida, tal como consideram os autores estudados, a experiência.

As opiniões dos entrevistados relativamente às características que o supervisor clínico deve possuir foram bastante enriquecedoras para o nosso trabalho, indo de encontro ao preconizado em alguns estudos sobre esta problemática. Todos os entrevistados consideram que o supervisor clínico deve ser um profissional competente e, tal como acrescentam os entrevistados B e C, os outros têm que lhe reconhecer essas competências. Tal como considera o entrevistado B,

“Numa equipa devia haver um conjunto de pessoas que fosse reconhecido por todas, que tinham as características ideais para fazer esta supervisão. O critério base, para mim, era...em termos até pedagógicos, da relação, pode ser uma pessoa excelente mas, se não tiver os conhecimentos, não...Portanto, a característica primária era conhecimentos, ou seja, qual era aquela pessoa que, naquele contexto, tem os devidos conhecimentos”.

Entrevista B

Deve possuir, então, determinadas características pessoais e interpessoais, tais como ser

“ (...) atento, responsável e com capacidade de escuta e com perspectiva crítica, também, em relação ao serviço onde se integra e com capacidade de, por outro lado, também estar aberto a sugestões de quem vem de fora que, apesar de não ter experiência, tem uma visão um bocado mais distanciada do contexto”.

Entrevista A

O entrevistado B enfatiza, ainda, outros aspectos que consideramos relevantes. Antes de mais, o supervisor clínico deve estar motivado para e deve gostar de o ser pois, desta forma, estão ultrapassadas algumas *“(...) questões motivacionais porque, à partida, o que está motivado vai investir mais do que aquele que não gosta”*. Vai estar, também, mais determinado a aprender e a estabelecer uma verdadeira relação supervisaiva.

“Depois, deve ter aptidões pedagógicas para isso. Quando estamos a falar em aptidões pedagógicas queremos dizer que ele deve conhecer os métodos globais de aprendizagem, ou seja, como é que as pessoas aprendem”,

de forma a ser capaz de motivar, também, o supervisando; e nestas aptidões incluem-se determinadas

“características específicas como o questionar a prática, o gostar de reflectir a prática, porque sem isso não acredito que haja uma boa relação entre supervisor e supervisando. E isto obriga a um maior esforço pessoal porque eu, para questionar o outro, também tenho que saber”.

Estas características deveriam, idealmente, estar aliadas a uma formação específica em supervisão:

“devia-se consensualizar um curso pequeno mas baseado nas questões práticas da aprendizagem, de modo a que os supervisores pudessem, depois, acumular esta vertente dos conhecimentos à vertente pedagógica. O que eu

acho que falha mais nem são tanto os conhecimentos, mas esta questão pedagógica”.

Entrevista C

A questão da necessidade de formação específica para o supervisor é abordada por Abreu (2003, p. 59), que considera “*importante que seja proporcionado aos tutores programas específicos de formação com o objectivo de desenvolver as suas competências pedagógicas*”. Maia e Abreu (2004), num estudo realizado em contexto hospitalar, acham relevante que o enfermeiro supervisor reconheça os problemas da aprendizagem e domine os métodos para promover uma adequada formação em contexto clínico.

Hyrkäs e Paunonem (2001) vão mais longe e, remetendo-se ao contexto finlandês, verificaram que o enfermeiro supervisor é formado especificamente para a supervisão clínica em enfermagem.

Consideramos, então, que o supervisor clínico deverá possuir formação e ter características que lhe permitam fomentar, nos supervisandos, o exercício do pensamento crítico-reflexivo sobre a realidade envolvente, integrando teoria e experiência, motivando o espírito de investigação, orientando e apoiando, dando suporte emocional, com o objectivo de ajudar a desenvolver competências profissionais necessárias para um desempenho seguro e adequado. Para isso, o supervisor clínico tem que assumir diversos papéis e funções: de leitor, de correspondente, de professor (instruindo e aconselhando e relacionando), de modelador, de conselheiro, terapeuta ou facilitador (num ambiente de suporte e de partilha), de consultor, de mediador, de avaliador (monitorizando e avaliando), de especialista e de gestor e de administrador [Bernard e Goodyear (1998), fazendo uma resenha de teorias de autores como Bernard (1995), Ekstein (1964), Williams (1995), Hess (1981), Holloway (1995) e Carroll (1996)].

Foi com base nas considerações desses autores que acedemos a informação relativa à avaliação do acompanhamento clínico que foi disponibilizado aos actores por parte da figura do supervisor. Solicitámos aos inquiridos, no questionário, que se pronunciassem sobre as afirmações que constavam no “*Inventário de Avaliação do Acompanhamento Clínico*”. Para uma melhor compreensão global da informação obtida, optamos pela elaboração de um quadro único (Quadro 33), onde constam as frequências para os níveis de concordância “*Não concordo nada*”, “*Concordo pouco*”, “*Concordo bastante*” e “*Concordo muito*”.

Com o objectivo de facilitar a sua leitura, estão colocados no quadro apenas os valores referentes às frequências relativas. Lembramos que o total de participantes é de 18.

Quadro 33 – Distribuição dos indivíduos de acordo com o grau de concordância com as afirmações propostas

Afirmações	Concordância	Não concordo nada %	Concordo pouco %	Concordo bastante %	Concordo muito %
O SC ajudou-me a identificar o foco de atenção		11,1	38,9	33,3	16,7
O SC ajudou-me a estabelecer os diagnósticos de enfermagem			22,2	55,6	22,2
O SC deu-me apoio na elaboração dos registos ou notas de evolução dos doentes		5,6	28,7	44,4	22,2
O SC discutiu comigo problemáticas ligadas às práticas e à sua classificação		5,6	11,1	66,7	16,7
O SC solicitou a minha opinião antes de me indicar as actividades a desenvolver		16,7	33,3	27,8	22,2
As actividades que me foram atribuídas respeitavam o meu estágio de formação			22,2	55,6	22,2
Tive oportunidade de discutir com o SC as actividades a desenvolver		11,1	16,7	55,6	16,7
Tive oportunidade de discutir com o SC o estilo de acompanhamento que me foi disponibilizado		11,1	22,2	50,0	16,7
Consegui compreender as orientações disponibilizadas pelo SC			27,8	50,0	22,2
O SC envolveu a equipa no meu acompanhamento			22,2	44,4	33,3
O SC analisou comigo o meu próprio estilo de prestar cuidados e de tomar decisões clínicas		5,6	38,9	44,4	11,1
O SC explicou-me as bases e os conteúdos dos protocolos de assistência existentes no serviço		16,7	16,7	61,1	5,6
O SC equilibrou as suas orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas		5,6	27,8	55,6	11,1
As apreciações disponibilizadas pelo SC estavam focalizadas na minha experiência concreta		11,1	16,7	66,7	5,6
O SC ou a equipa aconselham-me em matéria de formação ou da necessidade de investir em determinadas áreas		11,1	33,3	33,3	22,2
O SC ajudou-me a desenvolver as capacidades de relação com a equipa e com os doentes		5,6	27,8	33,3	33,3
Senti-me descontraindo durante os momentos de supervisão			16,7	61,1	22,2
Contei com a ajuda do SC na altura de tomar decisões difíceis a nível clínico		5,6	11,1	66,7	16,7
Senti que o meu “ritmo” de aprendizagem foi respeitado pelo SC		16,7	5,6	55,6	22,2
A presença do SC inibiu-me durante a prestação de cuidados		50,0	44,4		5,6
O SC foi para mim um exemplo de “bom profissional”		5,6	22,2	44,4	27,8
O SC preocupou-se em criar um bom “clima de trabalho”			22,2	38,9	38,9
Senti o apoio do SC quando foi necessário agir em situações de crise ou em momentos difíceis			38,9	33,3	27,8
Fiquei satisfeito(a) com a supervisão disponibilizada pelo SC		5,6	33,3	33,3	27,8

Os resultados obtidos aquando da comparação dos valores encontrados para as medidas de tendência central (como a média e o desvio padrão) indicam-nos que existe, na globalidade, uma proximidade de grupo sendo, portanto, a amostra considerada relativamente homogénea em todas as afirmações.

Ao analisar o quadro constatamos que, de uma forma geral, os enfermeiros avaliam positivamente o acompanhamento que lhes foi sendo disponibilizado (61,1%).

Verifica-se que, relativamente às dimensões que correspondem às responsabilidades do supervisor, os inquiridos “*Concordam bastante*” com a generalidade das afirmações.

As afirmações com as quais “*Concordam muito*” encontram-se no domínio das relações interpessoais, nomeadamente aquelas que correspondem à criação de um bom “clima de trabalho”, onde se pode incluir o estabelecimento de uma boa relação supervisiva (38,9% ou 7 inquiridos) e a ajuda no desenvolvimento das capacidades de relação com a equipa e com os doentes (33,3%, ou seja, 6 inquiridos). Encontramos a mesma frequência de indivíduos, no que diz respeito a estas mesmas questões, na opção “*Concordo bastante*”.

Outras afirmações com as quais “*Concordam bastante*” estão, também, ligadas ao domínio das práticas clínicas. Contudo, apenas 6 enfermeiros respondem assim no que concerne à ajuda proporcionada para a identificação do foco da atenção profissional (a maior parte, correspondente a uma frequência relativa de 7, considera a opção “*concordo pouco*”). A maioria dos enfermeiros considera que houve uma discussão conjunta (entre supervisor clínico e supervisando) sobre as problemáticas ligadas às práticas e à sua classificação (66,7% ou 12 enfermeiros), concordando bastante quando se diz que o supervisor clínico ajudou a estabelecer diagnósticos de enfermagem (55,6% ou 10 pessoas) e apoiou na elaboração dos registos ou notas de evolução dos utentes (44,4% ou 8 indivíduos). Ainda no âmbito da prestação directa dos cuidados, grande parte dos enfermeiros considera que a presença do supervisor clínico não se tornou, no seu decorrer, um factor inibidor; só 1 enfermeiro respondeu nesse sentido.

A existência de protocolos de assistência nos serviços é uma premissa de todos os modelos para a implementação de práticas organizacionais de qualidade; é fundamental que o supervisor, para além de participar activamente no seu desenvolvimento e

atualização, facilite o seu conhecimento e a compreensão das suas bases por parte dos elementos em integração. A maior parte da nossa amostra considera que o SC terá explicado as bases e os conteúdos dos protocolos de assistência existentes no serviço (61,1% da nossa amostra optou por “*Concordo bastante*” e 5,6% por “*Concordo muito*”).

A promoção da autonomia e do princípio de auto-implicação do supervizando assumem importância no ciclo supervisivo. Abreu (2007) considera que o supervisor terá que “*seleccionar o grau de intervenção respeitando o princípio de autonomização e responsabilização crescentes*” (p. 169).

A preocupação pela escolha e orientação conjunta, com o supervizando, do método e do conteúdo das abordagens supervisivas é outra responsabilidade do supervisor. Neste domínio, os enfermeiros consideraram que tiveram oportunidade de discutir com o supervisor clínico o estilo de acompanhamento que lhes foi disponibilizado (66,7%, o corresponde a uma frequência relativa de 12, responderam “*concordo bastante*” e “*concordo muito*”). Quando perguntámos aos sujeitos se a sua opinião teria sido solicitada antes da definição das actividades a desenvolver, a sua apreciação não foi tão favorável: 50% avaliaram o supervisor clínico positivamente (27,8% concordaram bastante e 22,2% concordaram muito com a afirmação) e os outros de forma negativa (16,7% não concordaram nada e 33,3% concordaram pouco com a afirmação). Apesar disso, referem que lhes foi dada oportunidade de discutir, com o supervisor clínico, as actividades a desenvolver (55,6% ou 9 pessoas respondem “*concordo muito*”).

Achamos importante a existência de uma análise reflexiva das práticas clínicas e da supervisão disponibilizada, individual e conjunta, ao longo do processo de supervisão. Tal como considera o entrevistado B, uma das falhas a este nível ainda é

“o não haver objectivos claros para a supervisão. Deveria-se identificar com aquele que é alvo da supervisão o que é que ele pretende atingir ao fim de x tempo, por exemplo ao fim do mês, e depois fazer a avaliação e verificar, nesta avaliação, se o processo foi eficaz e, se não foi, quem é que falhou, se foi o supervinado, o supervisor, ou seja, como é que isto se pode otimizar”.

Entrevista B

A existência de um bom “clima de trabalho” pode, tal como referimos anteriormente, ser facilitador da criação duma verdadeira díade relacional entre enfermeiro e supervisor clínico, dissipando ou diminuindo o aparecimento de factores inibidores que a podem dificultar. Tal como se diz nas entrevistas, quando há uma

“má relação com a pessoa que me está a orientar, ela pode usar essa relação – porque esta relação é, na maior parte das vezes, vertical, o supervisor está em cima e o supervisionado está em baixo” pode ter como resultado” (...) *“um processo de intimidação.”* **Entrevista B**

Na verdade, para que exista uma efectiva e constante negociação entre supervisor e supervisando é necessário que se estabeleça uma relação de confiança e de compreensão mútua. Assim, achamos pertinente saber se os enfermeiros se sentiram descontraídos durante os momentos de supervisão. Todos eles manifestaram uma opinião positiva, dizendo, na sua maioria (que corresponde a 61,1% ou 11 inquiridos), que *“concordam bastante”* ou que *“concordam muito”* com a afirmação; apenas 3 referem *“concordar pouco”*. Este facto poderá conduzir a uma melhor compreensão das orientações disponibilizadas pelo supervisor clínico facilitando, assim, a discussão dos diversos temas. Os inquiridos responderam neste sentido: os resultados foram relativamente animadores já que 50% dos inquiridos (o correspondente a uma frequência relativa de 9) *“concordam bastante”*, 22,2% *“concordam muito”* e 27,8% (ou 5 pessoas) *“concordam pouco”* quando nos referimos à compreensão das orientações disponibilizadas pelo supervisor clínico.

Mas, considerando mais uma vez que quando se aprende em contexto de trabalho há que considerar toda a ecologia da situação, não será apenas o supervisor clínico que intervém no acompanhamento do supervisando. Se nos posicionarmos no domínio da prática, verificamos que poucos enfermeiros trabalham sozinhos; pelo contrário, normalmente trabalham inseridos em equipas. Este terá sido um dos factores que levou alguns autores como Bond e Holland (1998) e Cottrell (2000) a enfatizarem a importância da intervenção da equipa no decorrer do processo de acompanhamento clínico. Poderemos dizer que os resultados obtidos foram, na generalidade, de encontro ao que é preconizado pelo autor. A maior parte dos actores (77,7% dos inquiridos) ou *“concorda bastante”* ou *“concorda muito”* com o facto da equipa ter sido envolvida no seu acompanhamento. Podemos dizer que estes resultados vão de encontro ao que Abreu (2007) considera como orientações da supervisão clínica e, conseqüentemente, atitudes que o supervisor ou tutor deve assumir como formador: *“envolver a equipa na formação e trabalhar a relação com os pares”* (p. 168) e identificar a forma de organizar as sessões de supervisão, nomeadamente a *“supervisão pela equipa – implicação da equipa no processo de supervisão, após a análise do seu desenvolvimento e estrutura”* (p. 170).

Tal facto poderá vir a ser proveitoso também no domínio da formação. Abreu (2003, p.60) refere que o supervisor clínico deverá dinamizar as “*equipas de enfermagem, desenvolvendo práticas de formação centradas em problemas*”. Tavares e Alarcão (2003) referem-se ao supervisor como um facilitador/mediador do desenvolvimento. Canário (1998) quando fala em “competência colectiva”, considera que cada profissional é um elemento essencial para a auto-formação dos pares, motivando e re-definindo a formação do grupo para a mudança, articulando-a com o processo de desenvolvimento profissional. Apesar de ser o próprio trabalhador que se deve implicar na sua formação permanente, podem ser dadas orientações por parte de outros. Neste âmbito, foi nossa intenção saber até que ponto é que o SC ou a equipa aconselham o supervisando em matéria de formação ou da necessidade de investir em determinadas áreas. Pela análise dos resultados, chegamos à conclusão que os supervisandos são, ainda, pouco acompanhados neste sentido: 33,3% concordam pouco e 33,3% concordam bastante.

A aprendizagem e o desenvolvimento de competências estão, também, relacionados com a coerência entre as actividades atribuídas pelo SC e o estágio de formação do supervisando. Uma maioria significativa dos enfermeiros “avaliou” positivamente esta dimensão. Consideraram, também, que o seu ritmo de aprendizagem foi respeitado pelo SC. Estes resultados vão de encontro ao preconizado por Abreu (2007), que atribui ao supervisor, enquanto formador, a responsabilidade de “*identificar a etapa de desenvolvimento de competências clínicas do formando e as correspondentes atitudes, que requerem intervenções distintas por parte do supervisor*” (p. 169).

Existem, portanto, dinâmicas de formação onde a supervisão disponibilizada é relevante, sendo o supervisor (detentor de um conhecimento mais profundo do contexto) facilitador do desenvolvimento de aptidões como a observação e reflexão das práticas na formação em contexto de trabalho – onde se valoriza o informal e o não formal. Falamos na formação de natureza ecológica como fruto da aprendizagem reflexiva e significativa, sendo que o supervisor, detentor de mais habilidades emocionais e de capacidade de tomada de decisão, de experiência e de perícia, orienta, ajuda e apoia, tal como se reflecte no que foi equacionado pela maioria dos actores do nosso estudo, na altura de tomar decisões difíceis a nível clínico e de agir em situações de crise ou momentos difíceis.

O processo de supervisão engloba uma fase de avaliação que não pressupõe a atribuição de uma menção quantitativa. Na realidade, ela implica uma análise do

crescimento pessoal e profissional. Ocorre continuamente durante as sessões de supervisão, sendo através dela que se pode obter o diagnóstico das necessidades que surgem em todo o processo. Só assim pode existir uma partilha de opiniões e de percepções relativamente fundamentadas (entre supervisando e SC), capazes de induzir mudanças positivas de carácter evolutivo. Apesar de nem sempre considerarem que foi feita uma análise conjunta do estilo de prestar cuidados e de tomar decisões clínicas, parece-nos que, em geral, os inquiridos acharam que as apreciações disponibilizadas pelo SC estavam focalizadas na sua experiência concreta (66,7% responderam “*Concordo bastante*”), existindo um equilíbrio entre as orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas (55,6% responderam “*Concordo bastante*”).

Apesar da maioria dos inquiridos se referir ao supervisor clínico como sendo o seu enfermeiro chefe (relembramos todas as condicionantes relacionadas com a sobreposição de funções de administração e gestão e de supervisão), consideramos que, face aos resultados obtidos, a actividade supervisiva demonstrada está concordante com as funções do supervisor clínico em enfermagem. Tendo por base o conceito de supervisor clínico a que Schön (1991) denomina “*coach*”, tem que estar familiarizados com a prática, tendo como uma das suas funções ensinar, treinar, aconselhar, apoiar e orientar. Efectivamente, poderemos concluir, através das respostas, que os supervisores foram, em geral, considerados pelos supervisandos como um modelo de bom profissional (a maioria – um total de 72,2% - respondeu “*concordo muito*” e “*concordo bastante*”), capaz de escutar e de dizer, de demonstrar através duma reflexão conjunta sobre as práticas, dinamizando também a restante equipa de enfermagem, desenvolvendo, na maioria das vezes, práticas de formação centradas nos problemas (Abreu, 2003). Assim, facilitaram aos enfermeiros, de forma mais ou menos sistemática, a sua aprendizagem e desenvolvimento profissional (incluindo das competências necessárias nos contextos), através da mobilização de recursos locais, tentando acompanhá-los durante a sua integração (embora não existindo, muitas vezes, a nível local e institucional orientações específicas), buscando uma maior qualidade no cuidar (Cottrell, 2000). Também Greenwood (1993) concluiu que um modelo de supervisão se deve basear no recurso a supervisores que se constituam, para os formandos, em “modelos profissionais” (Abreu, 2007).

De acordo com as políticas da supervisão clínica em enfermagem, os papéis e as responsabilidades do supervisor reflectem o modo como supervisando e supervisor

trabalham em conjunto e se (re)constroem mutuamente. E essa (re)construção ocorre continuamente, dependendo não apenas do ambiente ecológico onde se dá (como a instituição, o serviço, a forma de organização dos cuidados, os utentes e os próprios actores), mas também da relação supervisiva que se estabelece entre eles.

3.3. A relação supervisiva

Dado a importância do objecto central das práticas clínicas, espera-se que os enfermeiros sejam capazes de basear a sua acção na investigação e na análise reflexiva, mobilizando evidências para a assistência.

O desenvolvimento profissional (e, conseqüentemente, o pessoal) é dotado de um cariz intencional e dinâmico, que apela ao envolvimento dos intervenientes num processo relacional que implica valores e emoções entre seres humanos. A formação tem um papel importante, promovendo a existência das “espirais de mudança” onde experiência e reflexão têm grande valor no contexto das relações afectivas (Alarcão e Tavares, 2001). Falamos mais uma vez formação contínua, que ocorre durante toda a vida, que permite que os profissionais desenvolvam competências e estratégias que lhe permitam lidar com todas as situações do seu quotidiano, independentemente da sua complexidade.

É com base nestes pressupostos que se fala na supervisão como prática reflexiva e partilhada onde a relação interpessoal assume um papel central. Tal como dissemos anteriormente, desta última depende mesmo o sucesso da supervisão (Bernard e Goodyear, 1998). Contudo, deve-se ter em conta que a supervisão, sendo um processo educacional, não se restringe apenas à relação entre supervisando-supervisor (apesar desta ser a parte essencial). É, portanto, importante que na implementação e no desenvolvimento do processo se compreendam as condições que afectam o sucesso da relação supervisiva.

Para Bond e Holland (1998, p. 77), “*the clinical supervision relationship is a working alliance*”. Na realidade, a relação supervisiva é uma relação de proximidade que conduz ao desenvolvimento profissional, requerendo implicação mútua, envolvimento e mudança: “*Developing good relationships between the supervisor and supervisee will help*

to improve clinical supervision and optimise contextual learning about building safe and clinical relationships” (Guskey, 2000, p. 10).

Sendo a supervisão uma dinâmica que envolve a interação entre o meio, o supervisor e o supervisando, a relação supervisiva deve ser baseada num respeito mútuo onde, tal como referem os mesmos autores, as características e as diferenças individuais e de desenvolvimento bem como do meio (ou seja, da ecologia da situação) devem ser tidas em conta. A personalidade de cada actor social, tal como se refere na entrevista C – “*A questão tem que ser sempre a questão pessoal...*” tem, sem dúvida, uma influência importante na escolha do tipo de supervisão e, conseqüentemente, na relação a estabelecer. Tem que haver confiança mútua que, algumas vezes, talvez devido à conotação que ainda é dada à palavra “avaliação”, é difícil de atingir, tal como se refere na entrevista C – “*é nesta base de desconfiança que nós, se calhar, temos que dar um salto que ainda não demos (...). Porque não queremos ser avaliados*”.

Talvez devido às características do contexto profissional onde se movem (a psiquiatria), os enfermeiros que ficaram mais satisfeitos com a supervisão disponibilizada pelo supervisor clínico foram, essencialmente, aqueles que tiveram um acompanhamento permanente durante a sua integração. No mesmo sentido, Tracey *et al* (1989) concluíram que o tipo de doentes influencia a relação supervisiva. No seu estudo, supervisandos com todos os níveis de experiência, que prestavam cuidados a doentes com tendências suicidas, manifestavam mais necessidade de supervisão estruturada.

Ao analisarmos a supervisão inserida no exercício profissional dos enfermeiros, nomeadamente em contexto psiquiátrico, verificamos, tal como Bernard e Goodyear (1998, p. 62-63), que a relação supervisiva poderá não ser apenas entre duas pessoas mas também pode ter três intervenientes: o supervisor, o supervisando e o doente (os autores consideram que este será o mais óbvio triângulo que pode existir no processo). Contudo, apesar de se poder pensar que tenderiam a surgir ansiedades por parte do supervisor e do supervisando (pela presença de outras pessoas), tal não se verificou no nosso estudo, já que os enfermeiros referem estar descontraídos durante os momentos de supervisão.

No domínio dos “triângulos interpessoais” temos, ainda, aqueles que se podem estabelecer com os outros membros da equipa. Os actores consideram que o supervisor clínico envolveu a equipa no seu acompanhamento. A relação estabelecida terá sido, em geral, positiva, já que favoreceu a aprendizagem.

Se encaramos a supervisão como um sistema de duas pessoas, teremos que atender não só a condições que emergem no decorrer da relação mas também a outros aspectos, nomeadamente aqueles que dizem respeito à figura do supervisor e do supervisando, como sentimentos, objectivos e responsabilidades. Por exemplo, a ansiedade quer do supervisando, quer do supervisor é muito referida na literatura como um factor que afecta a supervisão de várias formas e que surge de diversas fontes como, por exemplo, da avaliação ou do sentido de responsabilidade (Bernard e Goodyear, 1998). No caso em estudo, tal parece não ter acontecido aos enfermeiros, sobretudo no que diz respeito àquela que surge como consequência da presença dos supervisores; ou seja, os actores não consideraram que a figura do supervisor como um factor inibição durante a prestação de cuidados. Se considerarmos que este é um dos factores que pode condicionar a observação e, conseqüentemente, reduzir a capacidade de aprendizagem, podemos concluir que os processos de formação ocorridos em contexto de trabalho não terão sido prejudicados por esta dimensão.

Contudo, parece-nos pertinente acrescentar que tal como consideram os mesmos autores, deve-se ter em conta que o ideal seria existir um nível de ansiedade, a que chamam óptimo, sentido por ambos os intervenientes do processo, capaz de motivar e facilitar o desempenho das actividades (Bernard e Goodyear, 1998, p. 76).

Uma das formas para que este nível desejado se mantenha é escolher o estilo de supervisão adequado. Tal como verificamos, os supervisores tiveram, em geral, a preocupação em acordar e analisar as actividades a desenvolver respeitando, na medida do possível, o seu estágio de formação, bem como o estilo de acompanhamento disponibilizado. Achamos que o nosso estudo vai de encontro ao que preconizam os autores referidos anteriormente já que, de alguma forma, ficaram claras a estrutura e as expectativas face ao nível da experiência média dos supervisandos.

Mais uma vez nos reportamos à satisfação dos actores com o factor que influencia o sucesso da relação supervisiva. Sabendo que o sucesso da relação supervisiva está directamente relacionado com satisfação dos supervisandos face à orientação disponibilizada pelo SC, achamos interessante, para o decorrer do nosso estudo, utilizar a correlação de Pearson com o objectivo de podermos verificar as possíveis relações entre a variável satisfação com a supervisão disponibilizada pelo supervisor clínico e as suas responsabilidades/características.

Verificamos a existência de correlações com diversas variáveis. Poderemos dizer que existe uma relação linear relativamente forte (em média, “p-value” $\geq 0,614$) entre a satisfação dos enfermeiros e o facto de o Supervisor Clínico ajudar a identificar o foco de atenção profissional, de fornecer apoio na elaboração de notas ou registos de evolução dos doentes, de solicitar a opinião do supervisor relativamente às actividades desenvolvidas ou a desenvolver, de favorecer a discussão sobre o estilo de acompanhamento disponibilizado, de promover uma análise conjunta do estilo de prestar cuidados e de tomar decisões clínicas; verificamos, também, que os enfermeiros mais satisfeitos foram aqueles a quem o SC explicou as bases e os conteúdos dos protocolos de assistência existentes no serviço, orientou de forma equilibrada, fornecendo opiniões positivas e negativas, ajudando na altura de tomar decisões a nível clínico. Verificamos, também, este tipo de relação no que diz respeito a variáveis relacionadas com a formação, nomeadamente no envolvimento da equipa no que diz respeito ao aconselhamento nesse domínio ou sobre a necessidade de investir em determinadas áreas.

Chegámos, também, à conclusão que existem algumas relações lineares mais fortes (ou seja, o grau de correlação entre as variáveis é mais forte, onde “p-value” assume os valores mais próximos de 1) entre a satisfação dos enfermeiros e a compreensão das orientações disponibilizadas pelo SC, o envolvimento, por parte do SC, da equipa no seu acompanhamento, a ajuda disponibilizada no sentido do desenvolvimento de capacidades de relação com a equipa e com os doentes, com o respeito pelo seu “ritmo de aprendizagem” e com o apoio disponibilizado pelo SC em situações de crise ou em momentos difíceis; concluímos, também, que existem este tipo de relações entre a satisfação demonstrada pelos inquiridos com o seu processo de supervisão e o facto de o SC se preocupar em criar um bom “clima de trabalho” e de ser por eles considerado um exemplo de “bom profissional”.

Apesar de poderem existir alguns condicionalismos que já tivemos oportunidade de referir anteriormente, o facto dos enfermeiros serem essencialmente acompanhados pelo enfermeiro chefe ou pelo enfermeiro especialista não parece ter afectado a relação supervisiva entre eles. Em geral, os supervisandos não se sentem inibidos ou nervosos com a presença do supervisor, o que nos leva a considerar que a supervisão disponibilizada foi mais centrada na orientação e aconselhamento do que numa “vigilância” mais rígida. Os inquiridos concordam bastante ou muito quando nos referimos ao seu SC como um

exemplo de “bom profissional”, capaz de se preocupar em criar um bom “clima de trabalho”. Ainda no domínio relacional, parece-nos que os inquiridos consideram bom o relacionamento com os restantes membros da equipa, reconhecendo mesmo que ele favoreceu a sua aprendizagem e formação. Desta forma, será mais fácil estabelecer uma relação favorável entre o supervisor também com os outros membros da equipa, o que contribui para um melhor funcionamento do grupo e, conseqüentemente, para uma supervisão mais eficaz (Bond e Holland, 1998).

Havendo uma boa relação, o supervisor percebe mais facilmente quais são as necessidades e as dificuldades do supervisando, do seu estilo de aprendizagem e do tipo de supervisão mais adequado. Sendo os enfermeiros chefes, directamente, e também os enfermeiros especialistas, os principais responsáveis pela qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, deve ficar facilitada uma adequada identificação e resolução dos problemas dos supervisandos. Ressaltamos, aqui, a importância do diálogo de natureza reflexiva que, deduzimos com base nos nossos resultados, em geral se terá estabelecido entre o supervisando e o supervisor. Abreu (2007, p. 168) considera que o diálogo é importante para “i) *confirmar saberes, oferecer apoio e dar pistas para o seu desenvolvimento; ii) Conferir significados: ajudar o formando a desenvolver aprendizagens significativas, relacionando saberes actuais com situações anteriormente aprendidas; iii) favorecer a consciencialização: ter uma ideia mais informada e consciente de si, dos outros e do contexto, bem como a sua posição face a todos estes*”.

Face a estes resultados consideramos que o relacionamento entre os actores do processo pode ser avaliado de uma forma positiva, fazendo denotar a existência de um empenho do supervisor em orientar, tendo em conta o contexto clínico, para uma mútua implicação no decorrer duma relação onde se inter cruzam e se (re)transformam as “*dimensões intra e interpessoais, que constituem a essência relacional e comunicacional dos processos de supervisão a todos os níveis em que possa e deva ser considerada*” (Sá-Chaves, 2000, p. 30).

3.4. Formação e experiências sócio-clínicas: abordagem ecológica

Um dos desafios e, simultaneamente, objectivos da supervisão clínica em enfermagem é compreender o desenvolvimento das pessoas nos contextos/ambientes onde elas se movem. A visão e a reflexão que os actores fazem sobre estas realidades podem servir para a definição e implementação de políticas de suporte para os dispositivos de formação e de supervisão existentes.

Ao longo do seu processo de vida/desenvolvimento, o ser humano encontra-se em construção e, ao desenvolver-se, ao elaborar a sua personalidade de um modo global (ou seja físico-bio-psico-social) incorpora, nesta construção, mecanismos (a nível consciente e inconsciente) que lhe permitem encarar-se como um todo sem perder de vista o contexto ou atmosfera envolvente em que o processo se desenvolve numa relação bi-unívoca de interrelações e interinfluências decisivas entre o indivíduo e o meio em que este se encontra.

Poderemos, pois, considerar que o desenvolvimento se constrói, não somente como consequência das mudanças ou transições que se processam ao longo da vida, e que podem ser determinadas quer por factores de natureza maturacional de carácter pessoal, como por factores resultantes da interacção entre as características pessoais e a estimulação proveniente do meio, mas também como produto do modo como em cada individuo se vão repercutir essas mudanças e transições, e da reestruturação que em função delas nele se opera.

Sendo que o desenvolvimento pessoal e profissional se interpenetram, é desejável que entre os dois exista uma justa e equilibrada correlação. Se o desenvolvimento pessoal, depende, essencialmente, de acordo com Simões (1997) citado por Sá-Chaves (1997, p. 40), “*da estrutura cognitiva de cada indivíduo, designando esta a totalidade através da qual a experiência individual adquire significado*”, é também evidente que o profissional enquanto pessoa, será condicionado pelas suas percepções pessoais e contextos de vida, do mesmo modo que o desenvolvimento da pessoa é condicionado pelas concepções e circunstâncias profissionais em que o indivíduo se insere, e pela sua maior ou menor adequação e grau de satisfação relativamente ao seu desempenho profissional.

A nível pessoal o desenvolvimento consubstanciar-se-á como um processo que envolve o enfermeiro, enquanto pessoa, numa multiplicidade de vertentes de entre as quais

emergem as formas de apreensão e organização dos conhecimentos e dos valores, das crenças, das atitudes, do modo como a pessoa percebe e reflecte sobre o seu papel e o seu desenvolvimento enquanto profissional, que se repercute no seu desempenho a nível pessoal. Do mesmo modo, o desenvolvimento profissional do enfermeiro, que mais especificamente se reportará ao domínio dos conhecimentos sobre a enfermagem, às atitudes face ao acto de cuidar, ao papel do enfermeiro e do doente, às diferentes relações interpessoais que mantém, às competências que são parte integrante do processo do cuidar e do processo de reflexão sobre as práticas. E é, também, a percepção que temos dos outros, assim como a representação que possuímos de nós próprios e o modo como considerámos o nosso desempenho profissional, que vão condicionar o nosso desenvolvimento enquanto pessoa e profissional. Segundo Simões, o confronto com situações diversificadas desencadeia efeitos significativos na maturidade pessoal pelo que *“consideramos a dimensão pessoal como um aspecto determinante para um adequado desempenho profissional, a qual deve constituir um processo de descoberta e de transformação interna no sentido de tornar possível ao sujeito utilizar-se a si próprio, como um instrumento de mediação que lhe permita agir de maneira específica em função das experiências que extrai das situações vividas”* (Simões, 1997, p. 52).

Nesta perspectiva, achámos pertinente abordar a aprendizagem pela experiência, considerando o lugar onde se inserem os contextos ecológicos.

3.4.1. O trabalho em psiquiatria

Começamos por dizer que *“o trabalho em psiquiatria tem contornos paradoxais.”* – entrevista A. Existem dois pólos distintos:

“polarizando num extremo em que, de facto, as pessoas investem, valorizam-se, têm competências perfeitamente diferenciadas e próprias da área e, por outro lado, os que assumem que vão para a psiquiatria para ganhar dinheiro, como um segundo emprego (...) há este paradoxo, se calhar hoje não é tão visível”.

Entrevista A

E isto porque os contextos da psiquiatria se revestem de particularidades que a diferenciam de todas as outras áreas da enfermagem:

“O trabalho de psiquiatria tem duas componentes: tem a componente técnica e a relacional. Mas, na psiquiatria, nós só podemos ser relacionais se dominarmos a componente técnica, portanto, se aprofundarmos os conhecimentos em termos da doença e a maneira de estar”.

Entrevista C

A opinião dos entrevistados foi consensual: o trabalho em psiquiatria *“é uma forma de estar diferente”* – entrevista C, é especial porque *“Qualquer pessoa pode ter um processo de doença mental desde que nasce até quando morre e a psiquiatria engloba isto tudo, ao longo do ciclo de vida”* – entrevista B. Por ser tão diferente valoriza-se quer a integração dos novos profissionais quer o acompanhamento contínuo numa fase posterior:

“E nos contextos da psiquiatria...se calhar onde as pessoas se podem sentir um bocadinho desconfortáveis no início, porque tem uma panóplia de situações diferentes do habitual...”.

Entrevista B

Esta dimensão abrangente da saúde mental e psiquiátrica, o crescente número de doentes, em combinação com o conseqüente investimento na psicofarmacologia faz com que exista uma maior rotatividade dos doentes a nível hospitalar e um crescendo do trabalho dos enfermeiros e especificidade dos cuidados a prestar. Neste sentido, os entrevistados falam no *“grande problema”* que é a abrangência desta especialidade. Os entrevistados B e C consideram que,

“Se tivermos uma especialidade de tal forma abrangente, isso deixa de ser especialidade de alguma coisa, não é? E era esse o grande problema. Agora, se estiveres numa unidade onde tens primeiros surtos psicóticos, que hoje em dia – como tu sabes, vai ser lançada a unidade de cuidados continuados em saúde mental no HML, acho que a lei vai sair brevemente – os internamentos vão sendo cada vez mais curtos”

Entrevista B

e que

«Muitas vezes em vez de lhe chamarmos hospital deveríamos chamar unidade não sei das quantas” porque, de facto, esses doentes precisam de cuidados...Mas desde que nós saibamos triar os doentes de determinados tipos, acho que podíamos libertar os recursos, ter mais recursos onde eles são necessários».

Entrevista C

Uma das soluções para fazer face a todos os condicionalismos impostos pelas novas políticas a nível da saúde e pela definição ou redefinição de objectivos organizacionais e da própria profissão passará por evoluir no sentido de valorizar cada vez mais o trabalho de prevenção e junto da comunidade. Tal como se diz na entrevista C, *“Nós estivemos sempre (...) formatados para o internamento e, portanto, o que nós temos é que nos desformatar do internamento e ir para a comunidade”*. Mas tal implica que existam investimentos nesse sentido, não só a nível dos órgãos de gestão do hospital mas também a nível legislativo

“Porque os enfermeiros que vão para o ambulatório ganham menos e correm mais riscos e a lei não prevê isso (...) Mas esta tem sido uma dificuldade acrescida e eu próprio me tenho debatido por ele há já alguns anos...por alterar mas, legislativamente, não tem sido possível”.

Entrevista C

Nota-se, aqui, a importância dada às particularidades das relações de poder no contexto. Na realidade elas influenciam o trabalho em qualquer que seja o hospital. Os entrevistados fazem alusão às relações entre enfermeiro-doente:

«estava muito implícita a relação de poder: “Eu deixo-te ir lá fora quando me apetecer, quando deixares de me chatear, abro-te a porta.” O abrir e fechar as portas (...) acho que ainda haverá pessoas...»,

Entrevista A

entre as figuras/órgãos de chefia e de gestão – *“um chefe, se se sentir pressionado pelos órgãos superiores também não vai exercer bem as suas funções”* – entrevista B, entre classes profissionais:

“As instituições...também temos que ter alguma voz, não pode ser só exclusivo para os outros. Portanto, como nós representamos 40% dos... 1/3 dos profissionais são enfermeiros e as outras coisas tem que ser correspondentes a...porque também temos enfermeiros noutras áreas”.

Entrevista C

Com o poder político – *“Quando estamos perto ou cai um governo ou um ministro...este tipo de coisas acaba por atrasar o processo”*- e com a Direcção de Enfermagem:

“É difícil as pessoas virem procurar apoio, que não seja um apoio material ou da “necessidade de”. Porque as pessoas (nós ainda estamos muito

hierarquizados) ainda olham para nós como pessoas não colegas de equipa e, portanto, há uma dificuldade em poder ajudar porque o outro não nos vê como um colega mas como alguém que está para nos castigar ou para mandar em nós”,

Entrevista C

e entre enfermeiros – *“E isso às vezes não se consegue, principalmente com equipas muito jovens onde há ânsia pelo poder”* – entrevista C.

A questão do desgaste dos profissionais foi também abordada. Como referido anteriormente pelos inquiridos, os doentes, alvos de atenção da nossa amostra, têm graus de dependência variados (contudo, na sua maioria, são independentes) e exigem, por vezes, cuidados no âmbito da psiquiatria e de medicina interna. O doente mental caracteriza-se *“por ter alterações a nível da relação e da comunicação”* e do comportamento – entrevista B – o que, para os entrevistados, *“É desgastante! Não é por nada que o enfermeiro, como tu sabes, da psiquiatria tinha mais 5 dias de férias e uma série de regalias exactamente por causa do desgaste”* – entrevista B – que, mais do que físico, pode ser psicológico – *“os enfermeiros podem chegar a um burnout, a uma exaustão pela sobrecarga não propriamente física, mas psicológica que acarreta”* – entrevista A. Porque na psiquiatria *“os doentes abordam-te constantemente, tu tens que lidar com as suas problemáticas, com os seus dramas, com os seus problemas, com as suas alterações”* – entrevista B.

Como estamos perante um campo da saúde em especial, os conhecimentos têm, também, que ser específicos. Referem-se os conhecimentos

“ (...) das patologias psiquiátricas [e do] aparelho psíquico, de como é que se processam as questões do normal e do patológico, o que é o adoecer mental, como é que podemos lidar com estas pessoas que têm problemas psíquicos que depois interferem com a relação”,

Entrevista B

de *“algumas técnicas específicas da psiquiatria, como a dessensibilização sistemática, a orientação para a realidade, a terapia cognitiva e outras psicoterapias”* – entrevista B e, também, da psicofarmacologia. Este será um dos factores que (em conjunto com outros, que abordaremos posteriormente, no âmbito das competências) permitirá aos enfermeiros actuar em conformidade, envolvendo, também, a *“família no processo de tratamento”* – entrevista A, tendo em conta que

“noutros contextos isto não é tão importante mas, se tivermos face a uma pessoa com alterações do comportamento, se não soubermos utilizar bem a confrontação ou a comunicação persuasiva não conseguimos atingir bem o objectivo terapêutico”

Entrevista B

Com base na nossa experiência e no conhecimento prévio que temos dos currículos escolares a nível da formação inicial, e face a estas particularidades dos contextos, achamos que existe a necessidade de criar um dispositivo adequado de acompanhamento e, também, duma formação especializada dos enfermeiros, que lhes permita moverem-se de uma forma talvez mais confortável, mais adequada, nos seus ambientes de trabalho:

“O trabalho de psiquiatria tem duas componentes, tem a componente técnica e a relacional. Mas, na psiquiatria, nós só podemos ser relacionais se dominarmos a componente técnica, portanto, se aprofundarmos os conhecimentos em termos da doença e a maneira de estar”.

Entrevista B

A opinião dos entrevistados B e C, é que, na psiquiatria, deveriam trabalhar apenas enfermeiros especialistas. Esta é uma referência feita na entrevista B:

“Nós em Portugal temos, no contexto da psiquiatria, enfermeiros com níveis académicos e graus diferentes. Por exemplo, em países como a Inglaterra, a Finlândia, entre outros, no contexto da psiquiatria só trabalham enfermeiros especializados em SMP, o que eu acho que seria o ideal”

Entrevista B

e na entrevista C:

“na saúde mental e psiquiátrica só deviam trabalhar enfermeiros especialistas (...) Não tem a ver com o dinheiro, tem a ver com a especialização. (...) E nós temos que triar aqueles que queremos, que têm características para. Até agora não tem sido. (...) Porque agora há muita oferta mas não temos capacidade para, porque os contratos são individuais, depois vão embora...”.

Entrevista C

- **Competências relevantes para o exercício profissional na psiquiatria**

Malglaive (1994) considera que a competência é mais do que um saber, do que o conhecer, envolve o agir face a uma determinada situação. Engloba o agir em situações imprevistas, o mobilizar conhecimentos, informações e hábitos, aplicando-os, com capacidade de julgamento, em situações reais e concretas, individualmente ou inserido numa equipa. Precisamente, a competência profissional é definida como "*a capacidade de mobilizar, articular e colocar em acção valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de actividades requeridas pela natureza do trabalho*". Torna-se necessário, assim, descrever um conjunto de acções que remetam para a competência subjacente. Neste sentido, tenta-se classificar as competências acrescentando as palavras “saber” ou “ser capaz de” para caracterizar as acções ou o conjunto de acções. O autor considera, também, que existe uma “estrutura dinâmica das capacidades” onde os “saberes em uso” – que incluem o saber teórico (técnico e metodológico) e o saber prático (conhecimento gerado da acção, não formalizado) –, se interligam e agrupam dinamicamente na prática, estruturando assim as capacidades e competências.

Como diz Barbier (1991), “*O exercício do trabalho é produtor de competências*”, gerando saberes, habilidades, atitudes e valores. Neste sentido, propusemo-nos referir as competências que estes actores consideram como as que os enfermeiros devem possuir e que desenvolvem no seu exercício profissional. Esta definição torna-se uma mais valia na orientação do papel do enfermeiro face ao ambiente institucional. São as particularidades tão específicas do trabalho em psiquiatria que podem definir e diferenciar as características e competências necessárias para os enfermeiros que aí se movem.

Martinho (2004), num estudo multimétodo no âmbito da relação terapêutica e dos estilos de aprendizagem dos enfermeiros em contexto psiquiátrico (onde abordou o Hospital Magalhães Lemos) concluiu que, na generalidade, todos os enfermeiros recém formados/de cuidados gerais devem possuir como aptidões: competências profissionais ou conhecimentos base (adquiridos essencialmente nos sistemas formais de educação e formação), competências técnicas (que podem adquiridas nos sistemas educativos e nas instituições de trabalho e estão directamente associadas a uma profissão), competências pessoais (como a capacidade de aprendizagem e de adaptação à mudança, flexibilidade e

polivalência funcional), competências relacionais (relativas às relações interpessoais e aos processos psicossociais envolvidos no funcionamento de grupos e equipas) e competências do contexto (porque a competência não pode existir por si só, está directamente relacionada com uma situação problema que ocorre num contexto específico).

A nível da definição das competências dos enfermeiros especialistas, os entrevistados apontam para a necessidade e, ao mesmo tempo, as dificuldades na sua definição. Tal pode ser verificado, por exemplo, na entrevista B, quando considera que “(...) seria importante, também, definir quais é que são as áreas a explorar, as actividades do enfermeiro de cuidados gerais e as do enfermeiro especialista” e na entrevista C, quando se diz:

“Se eu vir os enfermeiros serem capazes de dizer que o enfermeiro especialista tem atitudes psicoterapêuticas e o não especialista só pode ficar pelas terapêuticas...é fundamental nós darmos este passo!” (...) “Porque se puser um recém licenciado a ir para o ambulatório, o que é eu ele vai fazer? Ele ainda não é enfermeiro, então de saúde mental muito menos!”.

Entrevista C

Podemos dizer que, no nosso estudo os entrevistados consideraram três grupos básicos de competências:

- O “saber saber”, ou seja, as “(...) competências do domínio cognitivo, em termos de conhecimentos (...) centradas no saber, no conhecimento e na capacidade cognitiva dos enfermeiros” – entrevista B.
- O “saber fazer”, centrado na prática, na capacidade de executar e de intervir, utilizando as técnicas psicoterapêuticas e que permitem ao enfermeiro constituir-se, ele próprio, “o instrumento terapêutico”; incluem aqui, também, as do domínio relacional. A capacidade prescritiva e a sua aplicação face a uma situação problema assumem aqui um papel de relevo.

Tal como refere o entrevistado C, “não pode ser bom enfermeiro aquele que não domina as técnicas”. O enfermeiro tem que assumir uma posição de “abertura aos outros”, de “partilha pluriprofissional” e de “abertura em relação às necessidades reais os doentes”, ouvindo e estando com eles “ (...) numa perspectiva de escuta activa, de comunicação terapêutica e não do decidir por” – entrevista A. “O aspecto da escuta é fundamental (...), o enfermeiro tem que cuidar mas sempre na expectativa de escutar o outro” – entrevista C.

- O “*saber ser*”, que tem a ver com as características pessoais, “(...) *que também podem ser melhoradas, que têm a ver com a história de vida, com a personalidade, com a experiência profissional de cada um, que são importantes para o desempenho da prática*” – entrevista B.

Para o entrevistado B, “ (...) *aqui as características principais são, primeiro, o gostar de comunicar, de estar em relação e de a usar com objectivos terapêuticos*”; tal como se diz na entrevista C, “*só deve andar cá quem gosta*”. O enfermeiro tem, também, que “*conhecer-se a si próprio e pôr-se em causa*” – entrevista A, “*tem que saber ouvir, saber estar...mas isso acho que todos temos que saber na vida*”, “*tem que ter características como pessoa*” – entrevista C.

Face a estes resultados concordamos com Abreu (2007), quando refere que o desenvolvimento das competências dos enfermeiros não está apenas directamente relacionado com os momentos formais de formação; ela é o resultado de situações formais, informais e não formais, dependendo da intenção que lhes é dada pelo próprio indivíduo

Podemos verificar, também, que se faz referência a algumas funções/características do enfermeiro chefe:

“Um chefe tem que cultivar a exigência e, portanto, na avaliação do desempenho...É necessário, sem provocar demasiado stress nas pessoas, promover um stress positivo” e “eu vejo o chefe como um gestor de cuidados e não como alguém que faz só horários e coisas burocráticas”;

Entrevista B

“Porque a minha imagem do enfermeiro chefe tem que ser aquele que meta a “mão na massa” (...). Está para gerir o serviço e para prestar cuidados, porque gosta de prestar e presta bem (...) e é o motor de formação daquele serviço (...), não fica a substituir mas fica a ajudar em picos de necessidade”.

Entrevista C

Para o entrevistado C, as competências técnicas “ (...) *é que são fundamentais e é essas que reclamo com as escolas, que reclamo com toda a gente, que não temos sido capazes de desenvolver!*”. Sem pretendermos fazer uma abordagem de cariz mais qualitativo verificamos, na análise das entrevistas, que existe um maior número de unidades de registo relativas às competências relacionadas com o “saber fazer”, especificamente no domínio da relação. Tal pode justificar-se pela natureza do cuidar em

saúde mental e psiquiátrica. Tal como diz Abreu (2001), se é a relação que confere sentido à prática da profissão, então os enfermeiros colocam a relação no centro do exercício profissional. Ainda procurando justificar este resultado fazemos alusão a Kolb (1994), que nos seus estudos conclui que os membros das profissões humanistas desenvolvem estilos divergentes que resultam da ênfase dada às competências de relação (Abreu, 2001). As competência de “acção”, neste caso, traduzem a vertente instrumental, onde o “saber fazer” é associado ao “saber ser” (este também bastante considerado pelos entrevistados) e ao “saber saber” (porque tal como se diz na entrevista C, “ (...) *tem que se saber os instrumentos...*”.

Poderemos, então referir que os nossos resultados foram de encontro aos estudos de Martinho (2004) e de Reis e Vale (2003), que tiveram como contexto de pesquisa o Hospital Magalhães Lemos, em que os autores, adoptando as teorias de Kolb, identificaram como competências consideradas mais relevantes pelos enfermeiros as relacionais, as técnicas e as funcionais – de “relação”, de “experimentação” e de “acção”; a competência menos valorizada foi a de “conceptualização”.

3.4.2. Ecologia da formação

Vygotsky diz-nos que o desenvolvimento de cada pessoa é um processo contínuo mediado pelas condicionantes sócio-culturais e potenciado pelas interacções sociais. Piaget enfatiza a importância da experiência e, portanto, da interacção entre a pessoa e o seu contexto envolvente. Kolb, nesta linha de pensamento, valoriza a relação entre a percepção e a transformação da experiência, na produção do conhecimento; também ele considera que é o contexto sócio-cultural onde se move o indivíduo que influencia a forma como se aprende e o que se aprende e as competências que se desenvolvem.

Bronfenbrenner (1996), no seu modelo bio-ecológico atribui, também, grande importância à influência da experiência e do meio (e da sua imprevisibilidade). Enfatiza, no processo de desenvolvimento, não só o contexto espaço-temporal e as interacções sistémicas, mas também a personalidade de cada indivíduo, considerando-o como um ser único, dotado de determinadas características, detentor de um percurso sócio-histórico inimitável e que percebe o meio de acordo com os seus próprios “filtros”.

As características pessoais são postas em evidência; pela sua importância nos processos proximais são valorizadas as disposições pessoais, os recursos bio-ecológicos e os atributos pessoais relativos às exigências adaptativas do meio (Abreu, 2007).

Para o autor, o desenvolvimento humano ocorre simultaneamente em dois domínios, o da percepção e o da acção, sendo um *“processo através do qual a pessoa constrói uma representação mais ampliada e diferenciada no meio ambiente ecológico, e adquire disposições para se envolver em actividades de transformação desse ambiente em níveis de complexidade semelhante ou crescente”* (Bronfenbrenner, 1996, referido por Abreu, 2007, p. 125). Envolve mudanças de comportamento que não são momentâneas ou situacionais (Portugal, 1992). O ambiente ecológico representa-se por subsistemas concêntricos que representam espaços em interacção, com diferentes graus de proximidade com o indivíduo (que assume uma posição central), que denomina de microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema e cronosistema (Abreu, 1994, 2001, 2007; Portugal, 1992; Sá-Chaves, 2000).

O microsistema refere-se ao contexto imediato, onde são estabelecidas interacções imediatas, num determinado momento. Engloba as relações familiares, o contexto escolar ou de trabalho, onde existe uma implicação da pessoa que resulta num determinado comportamento baseado em actividades reflexivas que vão caracterizando o seu percurso experiencial. O mesosistema compreende as inter-relações dos contextos onde o indivíduo participa directamente e assume, portanto, diferentes papéis – os microsistemas – temos como exemplo a família, o trabalho ou os amigos. O exosistema está relacionado com um ou mais contextos que não implicam um envolvimento activo do sujeito mas que o afectam ou que são afectados pelo seu contexto imediato. Estão incluídos neste subsistema, por exemplo, as actividades e experiências dos familiares e amigos, os conselhos de administração, entre outros. O macrosistema diz respeito aos meios gerais que afectam ou enquadram as estruturas relacionais e simbólicas ou actividades dos outros subsistemas. Está relacionado com a cultura ou subcultura, com o sistema de crenças e de valores, maneiras de ser ou fazer, o estilo de vida característico de uma sociedade e com as tradições, por exemplo. O cronosistema diz respeito aos acontecimentos e transições que ocorrem ao longo da vida por influência de factores de índole sócio-histórica. Está relacionado com as mudanças da pessoa e dos sistemas. Este subsistema é ainda orientado para três dimensões: o microtempo (continuidade ou descontinuidade nos acontecimentos

de índole proximal), o mesotempo (periodicidade dos acontecimentos a nível proximal, que ocorrem com um intervalo de tempo maior, que podem ter efeitos cumulativos) e o macrotempo (processos de mudança que têm lugar em períodos bastante alargados de tempo e suas consequências, que se reflectem no desenvolvimento do indivíduo ao longo do seu ciclo de vida) (Abreu, 2007).

Bronfenbrenner fala nas “transições ecológicas” como elementos base sendo, ao mesmo tempo, o resultado e o estímulo do desenvolvimento. Ocorrendo ao longo de toda a vida e podendo atravessar todas as fronteiras dos sistemas, ele acontece quando a posição do indivíduo se modifica face a uma alteração significativa do meio ou dos papéis (Portugal, 1992; Abreu, 2007).

Fazendo alusão a Abreu (2007, p. 129) “*utilizar este modelo como referência teórica corresponde a enfrentar o desafio de identificar qual ou quais os contextos que interferem de forma mais pronunciada no processo de socialização e de que forma se produzem as transformações*”. Contudo, é também necessário compreender como é que as experiências se transformaram em aprendizagens.

Recorrendo à perspectiva sistémica de Bronfenbrenner (1996), concluímos que existem diversas dimensões relacionais e biográficas que condicionam, simultaneamente, os processos de formação e as dinâmicas supervisivas. Como teremos oportunidade de referir, existem condicionantes sistémicas oriundas de diversas instâncias e poderes, que actuam ao longo do processo de socialização profissional e que se reflectem na forma como os enfermeiros desenvolvem o acto de trabalho e as suas experiências sociais. Se bem que seja possível enquadrar todos esses factores nos sistemas referidos por Bronfenbrenner, a pesquisa demonstrou que essas dimensões se articulam e integram as experiências sociais dos actores. Nesta medida, iremos abordá-las em conjunto e não enquadradas num dos sistemas específicos.

- **Desenvolvimento, formação e supervisão**

Achamos que o processo de desenvolvimento e, como consequência duma numa inter relação dinâmica, o de aprendizagem decorrem com base num envolvimento de interacções entre os actores bio-psicológicos e os outros indivíduos, objectos e símbolos do seu ambiente mais próximo, a Vygotski chama “processos proximais”. Existe, portanto,

um contínuo de influências e estímulos contextuais diversos e recíprocos, que actuem cumulativamente, com uma certa regularidade em termos temporais, com aumento da sua complexidade. Contudo, Abreu (2007) considera que existem alguns aspectos que devem ser mais valorizados, ou seja, que são mais significativos para o crescimento psicológico da pessoa; refere-se aos fenómenos que captam a atenção, a curiosidade e a vontade de exploração por parte da pessoa e que intervêm de forma sistemática no desenvolvimento consoante a sua natureza, a forma como actuam e o contexto onde ocorrem (Abreu, 2007).

Sendo a complexidade das práticas um aspecto referido e analisado anteriormente, achamos importante debruçar-nos sobre elas com o objectivo de perspectivar algumas orientações de acompanhamento efectivo.

Orientamos, então, a nossa pesquisa no sentido de aceder às opiniões dos entrevistados relativamente a estas problemáticas. Quisemos também saber, junto dos inquiridos, o que eles pensam no que diz respeito aos episódios que acham ser mais importantes para o seu desenvolvimento profissional e para a sua formação, considerando que o episódio significativo se define como *“um episódio que tenha sido marcante (...) [para os] profissionais; por marcante entende-se aquele que tenha tido repercussões positivas ou menos positivas no desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes no processo formativo”* (Belo, 2003). Esta técnica utilizada baseou-se na dos incidentes críticos.

No que se refere aos momentos significativos apreciados como agradáveis durante a experiência profissional, verificamos que os inquiridos se centraram na equipa, na clínica e na organização. Foram, portanto, estas as categorias definidas neste item (Anexo IV).

- “Centrado na equipa”

Em geral, todos os enfermeiros que responderam a esta questão fizeram alusão a momentos centrados na equipa, valorizando a componente relacional estabelecida com os seus elementos. Foram referidos aspectos como a *“Relação humana e profissional com os colegas”* – Q1, a *“Orientação do supervisor clínico e colegas”* – Q3, a *“Aprendizagem contínua com outros profissionais”* – Q4, o *“respeito pela minha pessoa enquanto profissional”* – Q5, o *“Apoio da chefia”* – Q11, o *“Apoio emocional e pessoal”* e o *“Trabalho em equipa”* – Q17. Uma das respostas com mais incidência foi a *“Integração na equipa de enfermagem”* – Q8.

- “Centrado na clínica”

Os aspectos que foram mais valorizados estão ligados, devido à natureza do cuidar em psiquiatria, à dimensão relacional e à formação baseada nas práticas.

Foram aqui enunciados aspectos relacionados directamente com os doentes, como “*A Relação terapêutica estabelecida com os doentes*” – Q4, a “*Melhoria do estado clínico dos doentes*” – Q18 e a capacidade de intervenção face a uma situação – “*Resolver situação de agitação psicomotora de um doente sozinha, durante a noite*” – Q3.

No que diz respeito à formação formal, encontramos uma unidade de registo – “*Formação profissional extra-serviço*” – Q3. Relativamente à formação não formal, que foi a mais referida, temos, por exemplo, “*Formação em serviço direccionada para os profissionais enquanto enfermeiros*” – Q2. A formação informal é referida no Q5 – “*Discussão dos problemas que me surgiram no desempenho das minhas actividades*”.

Foram, também, enunciados “*O profissionalismo de enfermagem*” e o “*Bom ambiente no serviço*” – Q17.

Relativamente à clínica, no âmbito dos sistemas de informação e documentação, o entrevistado C, baseando-se no contexto em estudo, considera que a definição de uma linguagem comum, a CIPE trouxe mais valias no que diz respeito à informação e documentação das práticas e, conseqüentemente, ao desenvolvimento da profissão – “*Demos alguns passos para classificação internacional com alguns defeitos e virtudes que tenha, portanto ajudou pelo menos a pensar um bocadinho nas coisas e a individualizar com cuidado e carinho*”.

Também na entrevista C se refere que o trabalho e a discussão entre os diferentes elementos da equipa interdisciplinar se podem constituir como mais valias para o desenvolvimento dos enfermeiros

“o trabalhar em equipa, porque a trabalhar em equipa refugiamo-nos sempre nos outros, mas também não queremos trabalhar...e, perante os outros, temos que usar termos a discutir um doente, temos que saber do doente, temos de saber daquilo que estamos a dizer. Nós, muitas vezes como não queremos aprofundar o saber, também não queremos discutir com eles e dizemos que passou bem ou está bem, e portanto não temos opinião. Portanto, o crescimento da enfermagem tem que evoluir para que esses conhecimentos tenham que ser vertidos”.

Entrevista C

- “Centrado na organização”

Foram definidas apenas duas unidades de registo nesta categoria, relacionadas com a “*Mudança na chefia*” – Q1 e com “*Responsabilidade de chefia e coordenação*”.

Na entrevista B é atribuída importância à relação com o enfermeiro chefe no desenvolvimento do enfermeiro:

“Eu acho que a relação com o enfermeiro chefe tem um papel decisivo no desenvolvimento do enfermeiro. E, para mim, um dos grandes problemas está na pouca acutilância, num menor desempenho dos enfermeiros chefes. Por aquilo que eu conheço, tirando algumas exceções, (...) muitos demitem-se das suas funções”.

Entrevista B

Achamos pertinente referir que foi verificado um maior número de unidades de registo (ou episódios significativos) centradas na clínica; seguem-se as centradas na equipa e as centradas na organização. Foi dado grande valor à formação como um factor promotor do desenvolvimento profissional.

Relativamente aos momentos significativos apreciados como desagradáveis durante a experiência profissional (Anexo V), concluímos o seguinte:

- “Centrado na equipa”

A importância das relações que se estabelecem com os membros da equipa foi um aspecto referido nesta categoria – “*Relações tensas entre os colegas*” – Q1. “*A falta de cooperação entre a equipa multidisciplinar*” – Q11 e a “*Desvalorização dos cuidados de enfermagem por outros profissionais*” – Q9 foram aspectos relacionados com o reconhecimento profissional dos enfermeiros, tidos como negativos, que condicionaram o seu desenvolvimento.

No que diz respeito à relação com os colegas, apesar de, como verificamos anteriormente, ser um factor importante de aprendizagem, ela também pode ser controversa. Também a entrevistada A faz referência a este aspecto: “*(...) Apesar de que às vezes os colegas (...) podem proporcionar...o apoio pode ser óptimo e eu acho que se as pessoas fossem capazes de conversar e de dizer abertamente...*”.

- “Centrado na clínica”

As unidades de registo definidas para esta categoria estão, em geral, relacionadas com o estado clínico dos clientes do hospital e com as suas famílias, alvos dos cuidados de

enfermagem. Por exemplo, “*Dificuldades de comunicação com utentes*” – Q1, “*Agitação psicomotora grave*” – Q2, “*Agressão por parte de doentes com danos físicos*” – referida três vezes no Q17, “*Fuga de um doente*” – Q3, “*Familiares (de doentes) problemáticos*” – Q1 ou “*Disfuncionamento das famílias*” – Q18. A problemática da morte foi aqui referida por dois inquiridos – Q2 e Q5.

Foram também considerados como episódios desagradáveis a “*Inexistência de protocolos*” e “*A dificuldade em lidar com algumas patologias*”, ambos no Q11.

- “Centrado na organização”

A respeito da organização os inquiridos responderam “*Mudança constante de serviço*” – Q5, “*Articulação deficiente com outras instituições*” – Q5, a “*falta de condições do serviço*” – Q8 e a “*Instabilidade profissional*” – Q8.

A falta de recursos humanos e a instabilidade profissional são, sem dúvida alguma, factores que pode condicionar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. O entrevistado C refere que, no nosso contexto em estudo, “*não fazemos grandes investimentos na formação desses enfermeiros porque o vínculo é precário*” e, muitas vezes, o interesse da instituição pode sobrepor-se ao do profissional:

“as nossas dificuldades neste momento são a instabilidade de empregabilidade que começa a ser significativa por causa do número significativo de enfermeiros que temos nessas condições”;

Entrevista C

Isso faz com que, por exemplo a nível da formação, pode existir uma diminuição do investimento por parte do hospital:

“Não vai porque eu não sei se daqui a 2 ou 3 meses ele está cá, porque é que eu vou investir a dar não sei quantos dias para dar formação? Também tenho que ver a questão da instituição”.

Entrevista C

Verificamos que dois inquiridos não têm nenhum momento apreciado como desagradável – Q6 e Q7.

Também neste caso o maior número de episódios significativos considerados estão “centrados na clínica”. Seguem-se os “centrados na organização” e os “centrados na equipa”.

Os momentos apreciados como mais significativos para a sua própria formação foram (Anexo VI):

A análise das respostas dos inquiridos permitiu-nos constatar que os momentos formais não foram considerados como os mais significativos para a formação. Foram definidas apenas as categorias “Não formais” e “Informais”.

- “Não formais”

Os momentos não formais referidos pelos inquiridos são relativos à formação em serviço, às passagens de turno e , tal como se refere no Q8, a “*Discussões realizadas periodicamente no serviço sobre dúvidas, plano de cuidados dos doentes, CIPE*”. Foram valorizados, também, momentos de formação que envolvem outros profissionais: como no Q2, onde se faz alusão às “*Reuniões multidisciplinares*” e no Q10 à “*Discussão de casos clínicos com outros elementos da equipa*”.

- “Informais”

Estes momentos dependem directamente do contexto de trabalho onde se movem os nossos actores. Efectivamente, a “*Relação com a praxis*” – Q1 é, sem dúvida, considerada pelos inquiridos como um factor relevante para a sua formação.

Encontramos, também, aspectos relativos às relações interpessoais, como a “*Relação com os doentes*” – Q6 e a “*Interacção com os doentes e restante equipa de trabalho*” – Q6. O “*Acompanhamento disponibilizado pela chefia e restante equipa de enfermagem*” – Q5, o “*Apoio emocional e pessoal*” – Q16 e a “*Segurança profissional*” – Q16 foram igualmente referidos.

É de salientar que, mais uma vez, a figura do enfermeiro chefe se assume como uma referência para estes profissionais.

No Q18 menciona-se, também, o contacto com diferentes serviços – “*As vezes que mudei de serviço (...) permitiram a experiência de novos casos*”.

Os resultados obtidos através da análise destas dimensões são coincidentes com o que constata Abreu (2007), a propósito das pesquisas realizadas no âmbito da problemática da aprendizagem em contexto clínico: a “*formação era um processo que interligava de forma matricial a biografia dos sujeitos, as práticas sociais e os saberes constituídos*” (p. 135).

Canário (1999), no âmbito da formação de adultos, remetendo-se ao modelo de Demailly (onde o processo de socialização é influenciado pela concepção da formação),

considera quatro formas de transmissão de saberes que intervêm no desenvolvimento do indivíduo como profissional e como pessoa: a “forma universitária” (valorização do saber original mas crítico), a “forma escolar” (o saber aparece deslocado do professor), a “forma contratual” (a interdisciplinariedade e a negociação da aprendizagem são valorizadas) e a “forma interactiva-reflexiva” (valoriza-se a iniciativa como resultado da formação orientada pelas práticas quotidianas e assume-se a dimensão colectiva da aprendizagem) (Soares, 2004). Consideramos que, apesar de ela se revestir de um carácter fundamental para o desempenho profissional, no nosso estudo, a “forma escolar” não foi valorizada pelos inquiridos.

Tal como verificamos, a formação é significativa na experiência profissional dos enfermeiros. Também Costa (1998) considera que a formação em contexto organizacional (que depende, também, de forma directa, do que a instituição considera como a necessária) pode ser um factor de desenvolvimento dos profissionais, nomeadamente aquela em que o enfermeiro está directamente implicado.

Costa (1998) atribui importância à auto-formação, enquanto iniciativa do profissional que sente essa necessidade. Neste domínio, a auto-implicação dos enfermeiros assume um papel relevante, sendo a pesquisa efectuada pelos mesmos no que diz respeito às necessidades detectadas um factor que contribui não só para “(...) *a questão da retórica, mas também para transformar a acção ou, pelo menos, para ajudar a desenvolver uma acção diferente*” – entrevista C.

Para os entrevistados, a auto-formação pode ser externa ao hospital. Contudo, face aos condicionalismos impostos pelos critérios de empregabilidade, o entrevistado B alerta para o facto de que, por vezes, esta formação pode ser desadaptada, ou seja “*É ter um papel...E não adquirir, muitas vezes, competências*”. Admitem, contudo, que

“ tem havido uma maior preocupação dos enfermeiros na sua própria formação e investem em técnicas de apoio psicoterapêutico, em outras actividades que não seja o dar comprimidos e supervisionar as refeições e pouco mais. Há uma preocupação dos enfermeiros, de facto, em aprender e fazer técnicas de relaxamento (...). E o processo formativo é essencial”

Entrevista A

Soares (2004) encara a perspectiva da auto-formação como determinante nos processos de transformação pessoal e profissional, atribuindo relevância à motivação e ao reconhecimento por parte da instituição. No contexto do nosso estudo a motivação passa,

também, pela sua formalização; tal como refere o entrevistado C, “*Mas agora nós formalizamos isso. Passamos muitos papéis, mas eu penso que isso está a dar resultado*”.

Para Costa (1998), a formação em contexto organizacional (que também depende directamente do que a instituição considera como a necessária) pode ser um factor de desenvolvimento dos profissionais, nomeadamente aquela em que o enfermeiro está directamente implicado. No entanto, o entrevistado C, assumindo uma posição talvez mais pragmática, refere que “*às vezes, as duas não são a mesma coisa: as necessidades do serviço são umas e as necessidades...*”. Indo de encontro ao que Soares (2004) refere que grande parte dos contributos da organização nesta matéria está relacionada, com os momentos informais ou não formais, nomeadamente as passagens de turno, as reuniões de serviço (ou outras), as reflexões sobre as práticas ou a participação em grupos de trabalho. Tal como considera o entrevistado C, se os enfermeiros puderem participar, por exemplo, na realização de acções de formação, a sua satisfação vai aumentar.

De acordo com o entrevistado B, deve-se

“envolver os enfermeiros...Ou seja, cada instituição deveria ter um projecto e os enfermeiros deveriam estar envolvidos nesse projecto, deveriam sentir-se bem nesse projecto. (...) Claro que isto, com rigor e exigência”.

Entrevista B

O investimento dos líderes ou do próprio colectivo torna-se, assim, fundamental, pois é necessário existir não só um projecto de formação mas também alguém que o dinamize (Soares, 2004). No contexto do nosso estudo, a existência de formadores formais no serviço fez com que a formação se tornasse num processo mais sistemático:

“há formadores de serviço, formadores formais (está na lei), que têm que apresentar planos de formação (...) Esses momentos de reflexão formais – já não diria os informais – mas tem que haver pelo menos 4 ou 5 acções formais que são momentos de reflexão e partilha”.

Entrevista C

Os factores biológicos e psicológicos da pessoa influenciaram o modo como ela aprendeu, o seu estilo de aprendizagem. A aprendizagem deriva duma acção interactiva das estruturas cognitivas prévias com o meio. No nosso estudo, as respostas dadas pelos inquiridos vão de encontro aos estudos de Abreu (2007): o autor constatou que a permanência em ambiente clínico implica a exposição a diversos estímulos, oriundos do

micro, meso, exo, macro e cronosistema, que se podem traduzir na transformação do significado da experiência (aprendizagem): *“mudanças na esfera profissional, introdução de novas tecnologias, divisão médica do trabalho, natureza do contexto clínico, formas de gestão e de organização do trabalho, reorganização familiar, acção dos meios de comunicação de massas, relações interpessoais”* (Abreu, 2007, p. 134). Tal como se diz na entrevista B, *“Habitualmente as experiências têm muito a ver com o contexto onde tu estás”*. Por isso, não devemos encarar a formação como uma simples troca de experiências, incorrendo no risco de transformar o profissional em simples “objecto”; na realidade, elas *“(…) devem ser interpelantes das experiências e das vivências subjectivas do trabalho, isto é, devem contribuir para que os profissionais experientes se tornem autores da sua experiência própria”* (Correia, 1999, p. 9). Evidencia-se, assim, uma vez mais, a pertinência das práticas na produção de saberes. Contudo, tal como se diz na entrevista B, elas

“(…) são fundamentais para a produção de saberes (…) se forem práticas sistematizadas. Hoje em dia, por exemplo, com os Sistemas de Informação, nós podemos utilizar as práticas como forma de produzir muitos conhecimentos”.

Entrevista B

A formação dos enfermeiros deve estar direccionada para a reflexão, feita pelos mesmos, sobre a sua prática e deve decorrer das necessidades dessa mesma prática, tendo em conta toda a sua envolvimento. A este respeito remetemo-nos ao que Canário (2000) considera como a problemática do *“reconhecimento de adquiridos”*, onde se evidencia a necessidade de *“encarar o adulto como o principal recurso da sua formação e evitar o erro de pretender ensinar às pessoas coisas que elas já sabem”*.

Tal como mencionámos anteriormente, os inquiridos atribuíram importância não só aos momentos informais como também aos não formais, como os mais significativos para a sua formação. Os entrevistados, ao darem a sua opinião sobre esta problemática, confirmam estes resultados. Por exemplo, tal como se diz na entrevista B, os momentos informais são importantes:

“Tem a ver com a experiência que ele vai adquirindo. Nós com a experiência vamos modificando e vamos adaptando-nos de forma que a nossa intervenção produza melhores resultados. E, portanto, com a experiência vão ganhando maior sensibilidade e vão, através da experiência, percebendo de

que forma é que devem agir em determinadas situações, por exemplo, utilizando a comunicação não verbal! Que às vezes são coisas difíceis de explicar no ponto de vista teórico, mas quem está na prática, quem está lá...”

Entrevista B

Por sua vez, os momentos não formais, nomeadamente as passagens de turno,

“...seriam óptimos momentos para se reflectir sobre os cuidados, sobre os doentes, sobre as situações dos doentes, também, da evolução do plano de cuidados, sobre as práticas desenvolvidas – “o que é que se faz? O que é que não se faz? E porque se fez assim? E porque não se fez?”. De facto, se esse momento fosse privilegiado para uma comunicação e para uma avaliação dos cuidados...”

Entrevista A

Quando se fala em aprender em contexto de trabalho tem que se considerar a existência de um processo de interiorização do conhecimento influenciado pela situação, pela cultura, pelas características psicológicas e biológicas relacionadas com a pessoa, as quais influenciam a forma como o conhecimento é percebido (se é ou não significativo). Tal como tivemos oportunidade de referir anteriormente, Kolb (1989) fala na aprendizagem como o resultado de um ciclo de transformação da experiência através da combinação da assimilação, da observação, da experimentação e da acção. De acordo com Abreu (2007, p. 133), este processo compreende quatro fases – motivação, orientação, integração e acção –, que se interligam da seguinte forma: aprende-se quando se *“integra a informação e desenvolve uma acção, num contexto de avaliação e controlo, processos que podem ser auto ou hetero-dirigidos”*, onde a componente afectiva e social intervém de forma indelével. As representações e reflexões do indivíduo sobre o trabalho em geral, sobre o seu papel na profissão, na instituição e no serviço, sobre o seu futuro, por exemplo, medeiam todas as especificidades científicas e práticas do contexto.

Aceitamos a sugestão dada na entrevista B e consideramos que seria uma mais valia para o desenvolvimento do profissional e do próprio contexto do nosso estudo: a criação de um plano de desenvolvimento pessoal. Tal como constata o entrevistado,

«eu conheço poucos hospitais que tenham na sua posse um plano de desenvolvimento pessoal onde se tem em conta a avaliação do desempenho e se analisa, face a cada enfermeiro, o que é que ele se propõe. Porque é fundamental que cada pessoa promova também o seu auto-desenvolvimento.

Se te desenvolveres enquanto pessoa e não melhorares características enquanto pessoa, as interacções que tens com os outros, as tuas práticas continuam as mesmas. E era importante que eles tivessem quase que uma caderneta do enfermeiro onde dissessem: “tu, em termos das competências práticas estás bem mas precisas de melhorar a nível dos conhecimentos disto e daquilo”. Haver um plano com um prazo de forma a que cada pessoa fosse optimizando o seu desempenho».

Entrevista B

Barbier (1992) considera que um dispositivo de formação emerge no contexto de trabalho quando é possível observar e explicar os processos e as acções levadas a cabo pelos actores ou por resultados combinados de transformação da produção e transformação identitária. Para Correia (1992), um dispositivo de formação está relacionado com as condições materiais, simbólicas e institucionais que fomentam a reflexão e a investigação e é um factor de mediação entre o actor e o meio, entre o indivíduo(s) e a sua personalidade (Abreu, 2007).

Ooijen (2000) desenvolveu e aplicou um modelo de supervisão em enfermagem, que denominou “*Double Helix Model Supervision*”, no qual se enfatiza a necessidade de se compreender as intervenções de aconselhamento e desenvolvimento pessoal e profissional em vários domínios, consoante a ligação das estruturas em jogo. A vida pessoal, num ambiente macro, faz interagir e alterar as condições de acção a nível micro.

Entender a supervisão clínica numa perspectiva ecológica implica considerar o grau de intervenção das políticas quer a nível nacional, institucional e local e estabelecer uma relação supervisiva que permita avaliar qual o grau de intervenção do supervisor no processo de formação do supervisando.

Tendo em conta que a consciencialização é o “*elemento estruturante da aprendizagem clínica*” (Severinsson, 1995, 2001 referido por Abreu, 2007, p. 168), pretendemos saber se, na perspectiva dos nossos inquiridos, o supervisor teve uma intervenção activa no seu processo de formação. A análise da pergunta 4 da parte IV do questionário (Anexo VII) forneceu-nos dados importantes neste sentido.

Situação significativa na qual o supervisor clínico teve uma intervenção activa:

- “Positivas”

Os inquiridos referem-se a situações relacionadas com a discussão de problemáticas ligadas às práticas e à sua classificação, com a sua implicação em actividades de relevância

para o hospital, com a identificação e explicação das bases e os conteúdos dos protocolos de assistência, com o apoio face a situações de crise ou momentos difíceis, com a identificação do foco de atenção profissional e dos diagnósticos de enfermagem e com o desenvolvimento das capacidades de relação com a equipa e com os doentes:

- *“Clarificação de algumas situações relativas ao estado clínico de alguns utentes-específicas do serviço”* – Q1

- *“nomeação para fazer parte de júri de concurso em que participei activamente”* – Q2

- *“Fuga de uma doente, a supervisora clínica explicou-me como executar os procedimentos a tomar”* – Q3 e *“No cumprimento de normas de segurança em relação ao uso de isqueiro e de tabaco”* – Q18

- *“Aquando de uma crise hipomaníaca de uma doente consegui manter toda a calma possível e conseqüentemente acalmar a doente”* – Q4

- *“Quando me surgem dúvidas no desempenho das minhas funções ou dilemas sobre qual a melhor forma de agir a chefia de enfermagem mostrou-se disponível para me ajudar e aconselhar na tomada de decisão”* – Q5

- *“O supervisor clínico teve uma intervenção activa (positiva) no meu desenvolvimento de capacidades de relação com a equipa e com os doentes”* – Q7.

Constatamos, então, que estes resultados vão de encontro a algumas das atitudes que Abreu (2007, p. 169) considera serem da competência do supervisor, enquanto formador: *“Facilitar as interações com os pares; promover uma identidade positiva para si (para o formando), facilitando o processo de afirmação; (...) ajudar o formando a gerir emoções, principalmente em contacto com utentes em situação crítica; apoiar o desenvolvimento de um espírito crítico como forma de promover a melhoria contínua; (...) seleccionar o grau de intervenção respeitando o princípio de autonomização e responsabilização crescentes (fazer, colaborar, aconselhar, partilhar, encorajar)”*.

- *“Negativas”*

Verificamos, nesta categoria, apenas uma unidade de registo: *“Penso que a intervenção do supervisor é sempre negativa; quase nunca elogia o trabalho do funcionário mas está sempre receptivo a mencionar os aspectos desfavoráveis e a punir o mesmo”* – Q7. Para este supervisando, o supervisor não será capaz de equilibrar as suas orientações, acabando por fornecer opiniões de cariz essencialmente negativo, o que vai

contra o que é referido por Abreu (2007): o supervisor deve fazer uma análise justa das experiências dos supervisandos.

- “Outras”

Nesta categoria incluímos duas unidades de registo – «*Há 20 anos não existia a nomenclatura “supervisor clínico”; quem orientava os alunos no estágio de psiquiatria eram as professoras da escola”*» – Q6 e “*No momento da minha integração profissional não existia supervisor clínico*” – Q16. Tal poderá ser indicativo das concepções divergentes do que é verdadeiramente a supervisão clínica em enfermagem, ou seja, estes inquiridos consideram que a figura do supervisor clínico directamente relacionado com o acompanhamento dos alunos em estágio ou dos profissionais recém-formados, em integração. Tal como se diz na entrevista C, «*o termo “supervisão clínica” é um termo novo*».

Face a estes resultados constatamos que o supervisor clínico foi considerado, em geral, um elemento importante, que teve uma intervenção positiva na aprendizagem e formação dos supervisandos.

O teste de análise de variâncias permitiu-nos determinar se as dimensões referidas anteriormente teriam influência significativa na satisfação com a supervisão disponibilizada pelo supervisor clínico. Os resultados obtidos permitiram-nos aceder a informações importantes para o decorrer do nosso estudo, confirmando quase todas as hipóteses definidas, as quais relembramos:

- Existe uma relação significativa entre a existência de um programa de integração no serviço e a satisfação face à supervisão disponibilizada;
- Existe uma relação significativa entre periodicidade do acompanhamento e a satisfação face à supervisão disponibilizada;
- Existe uma relação significativa entre o tipo de acompanhamento e a satisfação face à supervisão disponibilizada;
- Existe uma relação significativa entre a existência de momentos específicos e individualizados de acompanhamento e reflexão sobre as práticas clínicas satisfação face à supervisão disponibilizada;
- Existe uma relação significativa entre o ter-se tido em conta os problemas pessoais do supervisando e a satisfação face à supervisão disponibilizada;

- Existe uma relação significativa entre a existência de formação em serviço e a satisfação face à supervisão disponibilizada.

Apesar dos enfermeiros que responderam que o serviço possui um programa específico de integração estarem satisfeitos com a sua supervisão, não verificamos a existência de uma relação significativa entre estas duas variáveis ($F= 0,878$ e $p=0,476$).

Por outro lado, encontramos uma relação significativa entre a periodicidade e a satisfação com o acompanhamento disponibilizado pelo SC durante o período de integração ($F= 4,674$ e $p=0,018$). Efectivamente, no nosso grupo, (que afirma ter sido maioritariamente acompanhado, durante a sua integração, pela equipa), a presença permanente do supervisor durante a integração propiciou uma maior satisfação com o processo supervisão. Na opinião do entrevistado B, *“um dos problemas da pessoa que é supervisionada é, como vai para um contexto diferente, a insegurança. E, portanto, o facto de ele se sentir melhor com a presença do supervisor, se ele tiver uma boa relação...”*. O grau de satisfação aumenta, também, quando as sessões de supervisão são consideradas suficientes, pelos supervisandos. Tal como se diz na entrevista B, *“quanto maior for o tempo de relação em comum, eu penso que a satisfação tenderá a ser maior, sem dúvida!”*.

Estes resultados convergem com o que dizem alguns autores. Os enfermeiros em integração num serviço estão numa fase onde adquirem o máximo conhecimento possível, nomeadamente com base na orientação do SC ou dos seus pares. Pretende-se, nesta fase, que sejam transmitidas ao novo profissional as normas, regras, saberes e formas de pensar e de actuar, características daquele meio; será, também, necessário que se oriente e auto-implique o indivíduo no seu processo adaptativo, regulando a mediação entre ele e a sociedade que o irá aceitar como agente social (Canário, 1999).

A periodicidade da supervisão foi já discutida em estudos que se debruçaram sobre a implementação do processo. Por exemplo, Bishop (1998) considera que os tempos devem ser definidos previamente, com base num acordo mútuo. Hadfield (*in* Cutcliffe *et al*, 2001) consideram que a periodicidade do acompanhamento deve ser estabelecida pelos actores do processo referindo, no entanto, benefícios nas sessões de supervisão frequentes e de longa duração. Contudo, tal pode-se por em causa devido a condicionalismos relativos aos recursos financeiros e humanos impostos pelas organizações na aplicação de mais de 6 meses do processo. Os mesmos autores referenciam um estudo de Winstanley sobre esta problemática, onde também se evidenciaram os benefícios das sessões de supervisão

frequentes e de longa duração. Chegam, no entanto, à conclusão que o processo de supervisão, pelo seu carácter de continuidade, deverá acontecer sempre que se achar pertinente ou necessário para a garantir da qualidade dos cuidados.

Hyrkas e Paunonem (2001), ao definirem um modelo de supervisão para profissionais em integração (SUED – *succeed, supervision and education*), consideram que a segurança e a qualidade das práticas passa pelo apoio permanente, numa fase inicial, variando depois com o tipo de unidade e a natureza dos cuidados a prestar. Admitem que o processo de supervisão se inicia no primeiro momento em que o profissional inicia funções no serviço e que o período de integração poderá variar entre 6 meses e 2 anos.

Na situação em estudo, os enfermeiros que revelam maior grau de satisfação com a sua supervisão são, em geral, aqueles que têm algum tipo de acompanhamento, nomeadamente o enfermeiro chefe, a equipa e/ou o SC como responsáveis pelo seu acompanhamento. Os que referem que não têm nenhum acompanhamento específico (numa fase posterior à integração) têm um baixo nível de satisfação relativamente ao processo. Existe, portanto, uma relação estreita entre as variáveis “tipo de acompanhamento disponibilizado após a integração” e “satisfação com o processo” ($F=6,125$ e $p=0,007$). Para o entrevistado C estes resultados estão directamente relacionados com as

“(...) características das pessoas e da envolvimento do serviço, do sentido que tem o serviço. Eu tenho a certeza que, se calhar, há alguns serviços...os enfermeiros têm um sentido de pertença do serviço e estão aglutinados à volta do líder”.

Entrevista C

Tal como temos vindo a falar, todos os profissionais necessitam de acompanhamento a nível técnico, psicológico e relacional. Quanto à pessoa que está denominada para o fazer, ela poderá variar. Bernard e Goodyear (1998) falam nas diferenças das práticas supervisivas levadas a cabo pelo enfermeiro chefe (ou que assume funções de gestão) e o enfermeiro especializado. Para os autores, poderá existir um conflito de papéis resultante da sua acumulação, que pode conduzir ao fracasso do processo. Contudo Yegdish (2001) referida por Soares (2004), com base num estudo levado a cabo em contexto australiano, considera que a SCE pode ter alguns traços da gestão, mas os seus objectivos são distintos. Desta forma, a responsabilidade supervisiva poderá ou não ser atribuída a um enfermeiro com essas funções. A mesma autora concluiu que são

geralmente as Direcções dos Hospitais que, por rentabilização dos recursos, atribuem a supervisão ao gestor da unidade. De igual forma, para Cutcliffe *et al* (2001) a política organizacional influencia a escolha dos supervisores. Apesar do supervisor acumular as suas funções com as de gestão e de administração, nomeadamente no caso do enfermeiro chefe, ele será detentor, em princípio, de pelo menos dois dos requisitos para se ser supervisor clínico: a experiência e a perícia (Cottrell, 2000; Benner, 2001). Cottrell (2000), Abreu (2003), Hyrkas e Paunonem (2001) falam, ainda, noutros critérios como a aceitabilidade pelo supervisando e o treino ou formação na área da supervisão.

Tal como Cottrell (2000), achamos que o ideal será que o SC surja da equipa, não só pelo conhecimento facilitado das suas características, mas também, refere Howatson-Jones (2003), pela maior facilidade no estabelecer e manter uma relação supervisiva adequada e, conseqüentemente, na promoção da aprendizagem. Isto porque existe uma maior proximidade entre a díade supervisando/supervisor, e menos constrangimentos de ordem hierárquica.

Verificamos que existe uma relação significativa entre a satisfação face à supervisão disponibilizada e a existência de momentos ou ocasiões específicos e individualizados de supervisão e reflexão sobre as experiências clínicas ($F= 7,641$ e $p=0,003$).

Existe uma relação significativa entre a satisfação face à supervisão disponibilizada e o ter-se tido em conta os problemas pessoais do supervisando ($F= 5,485$ e $p=0,011$). Na opinião da entrevistada A, estes resultados podem verificar-se porque os enfermeiros “*Sentem-se mais apoiados no que diz respeito à resolução dos seus problemas pessoais*” – entrevista A.

Existe uma relação significativa entre a satisfação face à supervisão disponibilizada e a realização de acções de formação em serviço no local de trabalho ($F= 3,569$ e $p=0,042$). O entrevistado B concorda com a relação que se verifica entre estas duas variáveis, considerando que:

“quanto maior for a participação dos enfermeiros em acções de formação – a participação entendida como voluntária, por interesse e não à procura do papel –, significa que as pessoas estão interessadas e, portanto, se estão interessadas na aprendizagem, a sua relação de supervisão será melhor e, portanto, isso provocará uma maior satisfação com a supervisão, como é obvio!”.

Entrevista B

Sabemos que a supervisão deve estar orientada para o desenvolvimento da identidade, das competências e da consciência ética do supervisando. Contudo, não devemos esquecer que um dos objectivos principais da supervisão clínica em enfermagem é fomentar o desenvolvimento e a manutenção das práticas de qualidade e, para isso, deve-se ter em consideração, na definição do modelo supervisivo a adoptar, as necessidades dos alvos dos cuidados, as quais têm uma influência directa nas necessidades de formação dos profissionais.

4. CONCLUSÃO

Ao concluir um trabalho estamos a reflectir sobre o percurso percorrido...sobre como e porque é que traçamos este caminho...sobre como e porque é que os factos relacionados com a questão central deste trabalho, a formação e supervisão das práticas clínicas: uma abordagem ecológica, emergem na unidade social em estudo...sobre outras interrogações ou possíveis investimentos que se podem seguir a este estudo.

Desta forma, pretendemos, aqui, expor as ideias essenciais que surgiram do nosso estudo identificando, ao mesmo tempo, as questões centrais relacionadas com as vivências dos actores no que diz respeito à supervisão clínica em enfermagem. Neste sentido, delineamos uma conclusão baseada em três partes: a primeira parte compreende uma resenha da metodologia utilizada; a segunda parte constrói-se através duma análise sintética dos resultados tendo em consideração as questões formuladas, onde se referem, também, as limitações e dificuldades que surgiram ao longo do processo de pesquisa; a terceira parte pretende constituir-se como uma contribuição para a definição de uma possível política local de supervisão das práticas clínicas.

A supervisão clínica tem assumido, nos últimos anos, uma posição de importância crescente pois constitui-se como um espaço de construção das práticas e da própria profissão, baseado em objectivos de gestão assentes na qualidade da assistência em saúde. Proporcionando um equilíbrio entre os aspectos culturais e contextuais e os trajectos de formação, de integridade emocional e de segurança dos cuidados, que passa, também, por uma preocupação orientada para a certificação da qualidade. No âmbito da enfermagem, contribui para o desenvolvimento e para promoção da profissão com base em estratégias de suporte que se remetem a todo o processo de socialização e de desenvolvimento dos actores sociais. Nasce, daqui, a nossa principal motivação.

Realizado no âmbito do Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, este trabalho permitiu-nos aprofundar e compreender a área em estudo. Enquanto enfermeiros, acreditamos que podemos sensibilizar e fomentar o processo reflexivo e de consciencialização sobre as problemáticas relacionadas com esta temática e sobre os

benefícios que ela pode trazer para o desenvolvimento dos profissionais e para a qualificação e produtividade organizacional, fazendo face aos problemas que se vão impondo numa sociedade cada vez mais exigente. Pretendemos, assim, que o nosso trabalho se possa constituir um subsídio para a definição de modelos de supervisão das práticas clínicas em enfermagem.

Optámos por uma abordagem multimétodo, que nos permitiu encará-la de acordo com a dimensão construtivista que caracteriza a atitude reflexiva sobre a enfermagem, a formação e as práticas face ao seu potencial transformador das realidades simbólicas que elas transpõem. De facto, o estudo destas áreas simbólicas permite ter acesso a um conhecimento mais informado sobre a matriz do que deve radicar os processos de mudança. Achamos, portanto, que a nossa escolha deveria recair sobre o estudo de caso.

Dada a complexidade do estudo, optámos por recorrer a uma estratégia multimétodo, no decurso da qual concretizámos triangulações teóricas metodológicas e de fontes, a última das quais imprescindível para o processo de validação de significância. No sentido de compreender os processos de representação dos enfermeiros em contexto de saúde mental e psiquiátrica organizámos a nossa reflexão à volta de dois pilares: o conteúdo das entrevistas e a análise dos questionários. As estratégias utilizadas assumiram uma posição dinâmica e complementar no decorrer do nosso estudo.

A nível do enquadramento teórico polarizamos o nosso estudo em três aspectos principais: formação e contextos de trabalho; enfermagem, contextos e práticas; supervisão clínica em enfermagem.

- **Algumas ideias...em termos de síntese**

A nossa pesquisa decorreu no Hospital Magalhães Lemos. Sendo um hospital que está a ser sujeito a um processo de acreditação da qualidade pretendíamos estudar o acompanhamento das práticas clínicas, nomeadamente no que diz respeito às percepções dos actores relativamente ao seu processo supervisivo, pondo um especial enfoque nas dinâmicas formativas.

Dada a sua natureza não pretendemos, nem podemos, fazer qualquer tipo de generalização, reportando-nos apenas àquele contexto específico. Relativamente às dimensões do nosso estudo definimos alguns eixos fundamentais (ou unidades de análise), que iremos abordar de acordo com um carácter conclusivo, ao longo desta síntese.

Representação dos actores sobre o contexto e as práticas

O processo de cuidados de enfermagem é um processo de descoberta, de elucidação de acção entre a equipa multidisciplinar e os enfermeiros de uma equipa, que se constituem como parceiros sociais com uma competência diferente e complementar, visando encontrar a sua forma de realização a partir das capacidades e recursos de cada um num determinado contexto.

O desenvolvimento das práticas profissionais parece-nos estar a dar passos largos no sentido dum enquadramento mais efectivo nas filosofias do cuidar onde o humanismo e a humanização são aspectos fundamentais. Desta forma, para os nossos actores, os aspectos relacionais não só com os doentes como também, e principalmente, com a restante equipa (e até mesmo com as outras instituições) tornam-se fundamentais para a qualidade das práticas e para a certificação da organização. As situações problemáticas que emergem nas práticas estão, na sua maioria, ligadas às características e manifestações das patologias psiquiátricas e, embora menos referido, à instabilidade profissional.

Para os actores, o seu desenvolvimento profissional passa, também, pela valorização do processo de integração, do apoio emocional e pessoal e pela formação (nomeadamente a que decorre nos momentos não formais e informais). Contudo, verificou-se uma certa insatisfação quanto à frequência e a pouca participação nos momentos formativos não formais. Desta forma, acham importante que existam profissionais que os acompanhem e orientem no decurso das suas práticas, que estejam preparados e sejam capazes de fomentar uma relação de ajuda que envolva todas as suas vivências, no sentido de resolver grande parte das problemáticas que aí vão emergindo.

Verificamos que os conceitos de aprendizagem pela experiência e de competência foram referidos neste estudo como condicionados pelo contexto, e são a forma preferencial que o indivíduo tem de processar a informação que o rodeia. Envolve saberes detidos por cada profissional e a capacidade crítica e reflexiva de compreender o que se passa à sua volta, permitindo-lhe desenvolver novos papéis profissionais e relacionais.

As competências a serem desenvolvidas pelos enfermeiros a trabalhar nestes contextos de psiquiatria e saúde mental são, portanto, as competências de relação, que determinam e favorecem o desenvolvimento dos estilos de aprendizagem divergentes. De acordo com os estudos realizados por Kolb (1984), os estilos divergentes são os mais desenvolvidos na área da saúde e das ciências humanas, onde a enfermagem se inclui.

Os aspectos da relação com os doentes que têm alterações do comportamento e, conseqüentemente, dificuldades de relacionamento com os outros e até com a própria sociedade, fazem com que os nossos actores revelem uma certa dificuldade em colaborar numa ajuda efectiva. Não nos parece que seja a falta de conhecimentos relativamente à fisiopatologia/clínica e às intervenções/práticas de cuidados de enfermagem mas, talvez, a dificuldade que podem sentir a nível da sua operacionalização na prática. Nasce daí, também, a necessidade de um acompanhamento talvez mais sistemático e efectivo nos contextos onde se movem enquanto profissionais. No nosso estudo concluímos que a satisfação dos enfermeiros com a supervisão disponibilizada pelo supervisor clínico está directamente relacionada com o seu acompanhamento durante a integração.

É evidente a importância da supervisão clínica enquanto processo facilitador da integração de novos saberes e responsabilidades que possam dar resposta às complexidades sócio-clínicas que caracterizam o quotidiano dos enfermeiros. Contudo, factores como a reflexão partilhada sobre as práticas, a divergência das concepções da supervisão e do supervisor clínico, as limitações que se verificam em termos de disponibilidade de recursos e a dificuldade em definir as estratégias supervisivas a adoptar podem condicionar o processo. É, portanto, fundamental que se estabeleçam modos de intervenção capazes de contornar estas dificuldades.

Verificamos que o processo de acreditação da qualidade trouxe alguns progressos nesse sentido. Contudo, achamos necessário que a instituição, nomeadamente a nível dos órgãos de gestão, defina uma estratégia de supervisão clínica adequada e disponibilize e incentive os seus recursos humanos no sentido de apoiar os enfermeiros no desenvolvimento das suas práticas profissionais.

Problemáticas do acompanhamento das práticas clínicas a nível local

O ingresso num serviço e, mais ainda, na actividade profissional é, muitas vezes, marcado pela angústia, pelo medo e pela insegurança face às novas realidades. Por isso, o período de integração é fundamental não só para o desenvolvimento da pessoa enquanto enfermeiro mas também para toda a sua envolvência. Esta é, também, a opinião dos nossos entrevistados. É, assim, necessário, tal como preconizam os modelos de acreditação, que o processo de integração seja orientado para um acompanhamento permanente, relativamente formalizado e devidamente estruturado.

A análise da informação que nos é dada pelos actores do estudo leva-nos a considerar que não existia uma definição protocolada, conforme a que é exigida pelas metodologias de acreditação da qualidade, do processo de integração. Na perspectiva dos enfermeiros, as metodologias utilizadas nem sempre foram de encontro às suas necessidades, fazendo ressaltar problemas como: uma certa indefinição do seu papel na organização e no serviço e uma certa indefinição de uma figura de referência para o seu acompanhamento. O papel das relações interpessoais com os outros enfermeiros do serviço foi um aspecto que os enfermeiros consideraram positivo durante o seu percurso de integração. Fez-se ressaltar, ainda que, apesar de se considerar a prática reflexiva (individual ou partilhada) uma estratégia fundamental que interpenetra todo o processo de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, existem algumas lacunas que necessitam de ser ultrapassadas. Como diz Alarcão (1996, p. 181), “*O pensamento reflexivo é uma capacidade. Não desabrocha espontaneamente, mas pode desenvolver-se. Para isso tem de ser cultivado e requer condições favoráveis para o seu desabrochar*”. Os resultados obtidos apontam para que a satisfação dos enfermeiros com a supervisão disponibilizada pelo supervisor clínico está intimamente relacionada com a existência de momentos ou ocasiões específicas e individualizadas de supervisão e reflexão sobre as experiências clínicas.

Sendo o acompanhamento das práticas clínicas transversal a todo o percurso profissional dos enfermeiros, ele deve incidir sobre todos os aspectos que o caracterizam. Os enfermeiros da nossa amostra revelam que o acompanhamento clínico que lhes foi disponibilizado pelo serviço incidu mais sobre o diagnóstico e assistência aos doentes; os protocolos de actuação, a segurança e a relação com os utentes foram também mencionados.

Tal como consideram, o acompanhamento deve ir de encontro às necessidades que se vão impondo ao longo desse caminho. Por conseguinte, deve estar orientado para a satisfação dos profissionais que, tal como concluímos, está directamente relacionada com o ter-se tido em conta os problemas pessoais do supervisando. Embora tivéssemos identificado a relação com os utentes e o apoio pessoal e emocional como alguns dos aspectos mais valorizados como significativos para o seu desenvolvimento, verificamos que estes tiveram menos enfoque no decurso supervisivo, assim como as diferentes modalidades de formação.

Em termos globais, os nossos actores acham que a orientação/ supervisão/ acompanhamento que lhes foi disponibilizado foi bom ou suficiente.

Articulação entre os processos de supervisão e de formação no contexto em estudo

As representações dos actores relativamente às dinâmicas de supervisão e de formação revestem-se de grande importância quando se pretende definir e implementar uma política organizacional de supervisão.

A filosofia da qualidade está a ter cada vez mais visibilidade a nível da organização em estudo. Aparentemente, ela traduz-se, para os enfermeiros, na existência de medidas integradas, a nível local e global, de suporte, ajuda e apoio orientados para a formação e para o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para a qualidade das práticas, baseada numa atitude reflexiva sobre as mesmas. É claramente um processo de que se orgulham

Apesar de verificarmos, em geral, que não existe uma clara referência à formalização da figura do supervisor clínico, a informação fornecida pelos actores deixou-nos claro que eles existem. O grupo de entrevistados está a conscienciar-se que é necessário existirem pessoas, definidas institucionalmente, responsáveis pelo acompanhamento das práticas clínicas, com características específicas, para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados. Tal como reflectem os resultados dos questionários, os entrevistados também consideram que ele deve ter formação especializada, e específica na área da supervisão e deve emergir e ser identificado no grupo de enfermeiros para que, desta forma, exista um maior conhecimento das suas características e, também, para que seja mais facilmente aceite, o que se poderá reflectir na qualidade da relação supervisiva. Relação essa que, em geral, tal como inferimos, foi considerada relativamente “boa”.

O supervisor torna-se uma figura central quando falamos na formação dos enfermeiros. Na realidade, a sua intervenção torna-se significativa para os enfermeiros, nomeadamente a nível da sua formação e aprendizagem que emerge das suas práticas profissionais. Verificamos que os actores do nosso estudo atribuem importância aos momentos informais e não formais de formação. O supervisor terá um papel definitivo nesta área sendo, em geral, o acompanhamento disponibilizado considerado como positivo.

A análise dos dados permitiu-nos, também, estabelecer uma relação significativa entre a satisfação dos enfermeiros com a supervisão disponibilizada pelo supervisor clínico e a realização de acções de formação em serviço no seu local de trabalho.

A nível organizacional verificamos que a tendência será para valorizar a dimensão formativa do contexto onde se move o profissional, como uma resposta para fazer face à complexidade das práticas que se consubstanciam nos cuidados de enfermagem aos doentes psiquiátricos, que se pretende que sejam de qualidade. A importância de um dispositivo de formação que considere as características e as necessidades dos doentes, dos enfermeiros, envolvendo processos de monitorização e avaliação a nível das unidades e da organização em geral, que valorizem a investigação e a reflexão foi, portanto, considerado uma dimensão fundamental no processo supervisiivo.

Contributos para a definição de uma política organizacional de supervisão clínica em enfermagem

Tal como dissemos anteriormente, achamos que a política de saúde actual exige que as práticas de enfermagem sejam desenvolvidas à luz da supervisão clínica. Este será um processo usado para fomentar as práticas de qualidade e todas as especificidades que as caracterizam promovendo, se necessário, mudanças consubstanciais a nível dos contextos.

Estando directamente relacionada com o desenvolvimento das pessoas e das organizações ela deve englobar, sem dúvida, a formação em contexto de trabalho, preparando o indivíduo para se adaptar e fazer face aos desafios que se lhe vão impondo. Ela significa mudança e evolução, num contínuo de relações de interesses entre as organizações, os profissionais e os alvos dos cuidados, onde se consubstanciam as motivações que conduzem a uma qualidade efectiva. A supervisão clínica constitui-se, aqui, como um vector fundamental, promovendo, inclusivamente, uma constante monitorização das necessidades.

Maia e Abreu (2004) consideram algumas bases para a definição de um dispositivo de supervisão das práticas clínicas. Para os autores, o modelo de supervisão deverá ter em conta os aspectos teóricos resultantes das investigações realizadas no âmbito da enfermagem, deve ser um processo sistematizado e multidimensional, englobando também aspectos relacionados com a interpessoalidade, atendendo às necessidades dos alunos e dos profissionais, deve ser orientado para todas as dimensões do cuidar, tendo em atenção a

matriz reflexiva que nele se impõe, deve fornecer orientação, interacção, suporte e ajuda, valorizando a personalidade de todos os actores dos sistemas. Sendo assim, a avaliação e a monitorização contínua do próprio processo e dos seus efeitos na prática são uma componente fundamental para o seu sucesso.

Consideramos que, face aos nossos resultados, a supervisão clínica em enfermagem é uma área onde é necessário intervir por parte da organização em estudo.

Antes de mais, achamos que não existe um modelo teórico ideal a adoptar. Tal como considera Cutcliffe *et al* (2001), pode existir uma infinidade de modelos; depende das organizações a adopção ou definição de um modelo local supervisão clínica em enfermagem. Consideramos que cada contexto, face às suas particularidades, deve definir uma política de supervisão local, que pode orientar-se e guiar-se ter pela matriz explicativa dos modelos pré-definidos, adaptando-os às suas necessidades.

Por conseguinte, a sua base será a articulação entre uma filosofia supervisiva, orientada para a qualidade e a própria filosofia da organização.

Uma das preocupações iniciais deverá ser uma clara definição da sua estrutura e do seu conteúdo, de forma que todos os intervenientes a conheçam e compreendam. Isto implica a definição de formas e meios privilegiados de informação e esclarecimento de todos os profissionais.

Pensamos que deverá englobar aspectos como a responsabilização profissional, a ética, o desenvolvimento dos profissionais e da instituição, que está aliado à reflexão sobre as práticas a nível das unidades e da organização em geral e à formação em todos os seus níveis de formalização. A orientação e o apoio pessoal e profissional do supervisando assumem-se, também, revestidos de grande importância.

Neste sentido, será necessário que se defina uma figura institucionalmente considerada, com o papel, as competências e as funções previamente definidas com base não só e investigações relacionadas com estas problemáticas mas, também, nas características dos contextos e na opinião dos intervenientes. A sua selecção terá por base critérios também formalizados previamente. É importante referir que também os supervisores clínicos devem usufruir de processos supervisivos.

Sendo a motivação um factor importante nos percursos de mudança, todos os profissionais devem ser implicados não só na sua implementação como também no seu decurso.

Apesar de cada vez mais as organizações estarem orientadas para a redução de gastos, achamos que este poderá ser um investimento que trará benefícios a todos os níveis, dadas as finalidades e os objectivos a que este processo se remete.

A título de conclusão, achamos ter atingido os objectivos propostos. Confirmámos a noção de que o processo supervisão clínica e de desenvolvimento e formação são essencialmente dinâmicos e não lineares nas suas várias componentes e dimensões. Evidenciou-se a ideia de que a formação significativa ocorre quando, surgindo da observação da acção e da consciencialização do que foi vivido, através da reflexão, os enfermeiros conseguem assumir-se como transformadores das suas práticas, construindo para si novas significações pessoais acerca do mundo vivido.

Não podemos deixar de referir que apesar das limitações deste trabalho, muita aprendizagem foi feita no domínio da investigação. No entanto se iniciássemos agora este percurso certamente que o faríamos de forma diferente, não incorreríamos em determinados erros e certamente o percurso e os resultados seriam melhorados. Mas fica a certeza que todo o processo de conhecimento é sempre um ponto de partida para novas interrogações.

A pertinência da supervisão clínica é cada vez mais discutida no âmbito da enfermagem, constituindo-se como um “instrumento” de reconhecimento e de crescimento da profissão. Sendo uma área tão abrangente, consideramos que são várias as possíveis abordagens. Uma perspectiva que achamos interessante seria um estudo no mesmo contexto, que envolvesse um maior número de enfermeiros, após a certificação de qualidade do hospital. Outra abordagem seria um estudo multicasos, que envolvesse enfermeiros deste hospital e de outro onde o processo de supervisão estivesse implantado há mais tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. (1994). *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: Subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar*, vol.1. Tese de Mestrado em Ciências da Educação. Faculdade Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- ABREU, W. (1997). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In CANÁRIO, R. (Ed.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 147-148). Porto: Porto Editora.
- ABREU, W. (1998). *Identidades, formação e trabalho: Da formatividade à configuração identitária dos enfermeiros (estudo multicaseos)*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Faculdade Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Lisboa, Lisboa.
- ABREU, W. (2001). *Identidades, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Sinais Vitais e Educa.
- ABREU, W. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*, 45, 53-57.
- ABREU, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.
- ABREU, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.
- ADAM, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Coleção Medicina e Saúde. Lisboa: Instituto Piaget.

- AGUILA, M. (1998). Los Marcos de la Pratica Curricular. *Revista Enfoques Educativas do Departamento de Educación de Ciências Sociais Universidad de Chile*, 1 (1), 1-4.
- ALARCÃO, I. (1995). *Supervisão de professores e inovação educacional*. Aveiro: CIDiNE.
- ALARCÃO, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência – Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, 6, 53-59.
- ALARCÃO, I. e TAVARES, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- ALVES, F. (1997). *O Encontro com a realidade docente*, vol.1. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Faculdade Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- ALVES, J. (2003). Formação em serviço: Como fazemos e o que queremos. *Revista Sinais Vitais*, 46, 59-62.
- AMADO, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53-63.
- ATKINSON, L. e MURRAY, M. (1989). *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- AZEVEDO, C. (1996). Integração dos enfermeiros às unidades/Serviços. *Revista Divulgação*, 38, 9-30.
- BARDIN, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- BARROSO, J. (1997). Formação, projecto e desenvolvimento organizacional. In CANÁRIO, R. (Ed.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 61-77). Porto: Porto Editora.
- BELO, A. (2003). *Supervisão clínica em enfermagem: Perspectiva do aluno*. Tese de Mestrado em Supervisão. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- BEMFICA, J e BORGES, M. (1999). Aprendizagem organizacional e informação. *CI. Inf.*, Brasília, 3 (28), 233-240.
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- BERNARD, M. e GOODYEAR, R. (1998). *Fundamentals of clinical supervision* (2^a ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- BERTRAND, Y. (1991). *Teorias contemporâneas na educação*. Lisboa: Publicações Instituto Piaget.
- BISHOP, V. (1998). Clinical supervision: What´s going on? Results of a questionnaire. *Nursing Times*, 94(18), 50-53.
- BOAVISTA, A. (2000). *Qualidade organizacional hospitalar: Protocolos e manuais de acreditação de hospitais com King´s Fund Health Quality Service*. Acedido a 25 de Novembro de 2006, em (Documento WWW). URL <http://iqs.pt/boletim1.html>.
- BOGDAN, R. e BIKLEN, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BOND, M. e HOLLAND, S. (1998). *Skills of clinical supervision for nurses*. Philadelphia: Open University.

- BOTELHO, J. (1993). *A formação profissional contínua dos enfermeiros*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Lisboa, Lisboa.
- BOTELHO, J. (s.d.). Contributos da formação profissional contínua. *Revista Servir*, 5(46), 262-266.
- BRESSAN, F. (2000). O método do estudo de caso. *Administração On Line, Prática-Pesquisa-Ensino*, 1(1). Acedido a 13 de Outubro de 2006, em (Documento WWW). URL <http://www.fecap.br/adm-online/art11/flavio.html>.
- BRONFENBRENNER, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BUTTERWORTH, T. (1992). Clinical supervision as a emerging idea in nursing. In BUTTERWORTH, T. e FAUGIER, J. (Ed.), *Clinical supervision and mentorship in nursing*. London: Chapman e Hall.
- CANÁRIO, R. (1997). Nota de apresentação. In CANÁRIO, R. (Ed.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 7-12). Porto: Porto Editora.
- CANÁRIO, R. (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In CANÁRIO, R. (Ed.), *Formação e situações de trabalho* (117-146). Porto: Porto Editora.
- CANÁRIO, R. (2000). *Educação de adultos: Um campo e uma problemática*. Coimbra: Educa e ANEFA.
- CANÁRIO, R. (2001). *Gestão da escola: Como elaborar um plano de formação?*. Instituto de Inovação Educacional.
- CARAPINHEIRO, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares* (3ª ed.). Porto: Editora Afrontamento.

- CARMO, H. e FERREIRA, M. (1998). *Metodologia de investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- CARROLL (2005). *Skills and supervision*. Acedido em 25 de Novembro de 2005, em (Documento WWW). URL <http://eutopia.unn.ac.uk:8080/nurse/super/skreflec.html>.
- CIPE (2001). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- COELHO, S. (2002). *Evolução das crenças dos alunos/ professores sobre a profissão docente no ano de prática pedagógica*. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- COLLIÈRE, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CORREIA, J. (1997). Formação e trabalho: Contribuição para uma transformação dos modos de pensar na sua articulação. In CANÁRIO, R. (Ed.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 13-42). Porto: Porto Editora.
- CORREIA, J. (1999). *Os “Lugares Comuns” na formação de professores*. Porto: Edições ASA.
- COSTA, M. (1997). Formação, práticas dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 1, 6-16.
- COSTA, M. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições, Lda.
- COTTRELL, S. (2000a). *A comparison of roles of leader, manager and clinical supervisor*. Acedido em 13 de Outubro de 2005, em (Documento WWW). URL <http://www.clinicalsupervision.com/rol%20comparison.html>.

- COTTRELL, S. (2000). *Draft Policy for Clinical Supervision*. Acedido em 13 Outubro de 2005, em (Documento WWW). URL <http://www.clinical-supervision.com.supervision%20policy.html>.
- CUTCLIFFE, J., BUTTERWORTH, T. e PROCTOR, B. (2001) (Ed.). *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge Editions.
- DALEY, B. (2001). Learning in clinical nursing practice. *Holistic Nursing Practice*, 16 (1), 43-54.
- DE KETELE, J. e ROEGIERS, X. (1993). *Metodologia da recolha de dados: Fundamentos dos métodos de observação, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget, Colecção Epistemologia e Sociedade.
- DEL-MASSO, M. (2005). *Vygotsky e a ciência cognitiva: A importância dos factores culturais no processo de aprendizagem*. Acedido em 23 de Maio de 2005, em (Documento WWW). URL http://www.suigeneris.pro.br/variedade_vygotsky.html
- D'ESPINEY, R. (1997). Formação inicial/ formação contínua de enfermeiros: Uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In CANÁRIO, R. (Ed.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 7-12). Porto: Porto Editora.
- DONAHUE, M. (1985). *Historia de la enfermeria*. Madrid: Mosby Company.
- DUBAR, C. (1997). *Formação, trabalho e identidades profissionais*. In CANÁRIO, R. (Ed.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 117-146). Porto: Porto Editora.
- ESTRELA, T. e ESTRELA, A. (1994). *A técnica dos incidentes críticos no ensino* (2ª ed.). Lisboa: Editorial Estampa.

- ESTRELA, T. (1999). Avaliação da formação de professores: Algumas notas críticas. In ESTRELA, A. e NÓVOA, A. (Ed.), *Avaliações em educação: Novas perspectivas* (pp. 191-206). Porto: Porto Editora.
- ESTRELA, M. (2003). A formação contínua entre a teoria e a prática. In FERREIRA, N. (Ed.). *Formação continuada e gestão da educação* (pp. 43-63). São Paulo: Cortez.
- FERREIRA, F. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FERREIRA, O. (2006). *Formação inicial, transição para o mundo de trabalho e perspectivas de desenvolvimento profissional: Um estudo realizado na Universidade do Minho com licenciados em engenharia mecânica*. Tese de Mestrado. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- FREDERICO, M. e LEITÃO, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: Sinais Vitais.
- FONSECA, J. (s.d.). Formação em serviço como factor de mudança! Análise de uma experiência. *Revista Informar*, ano IV, 12
- FORTIN, M. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- GAUTHIER, B. (2003). *Investigação social: Da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência.
- GONÇALVES, J. (2000). *Ser professora do 1º ciclo: uma carreira em análise*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Lisboa, Lisboa.

- GRAÇA, L e HENRIQUES, I. (2000). *Florence Nightingale e Ethel Fenwick: Da ocupação à profissão de enfermagem*. Acedido em 23 de Maio de 2005 em (Documento WWW). URL <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos63.html>.
- GUILMORE, A. (2001). Clinical supervision in nursing and health visiting. In CUTCLIFFE, J., BUTTERWORTH, T. e Proctor, B. (Ed.). *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge Editions.
- GUIMARÃES, P. (s.d.). Aprender no local de trabalho: Um outro olhar sobre a formação e a enfermagem. *IV Congresso Português de Sociologia*
- GUSKEY, R. (2000). *Evaluating professional development*. Califórnia: Corwin Press, Inc..
- HARRINGTON, L. (2002). Developing a performance improvement. *Plastic Surgical Nursing*, 22 (3), 137-141.
- HAWKINS, P. e SHOET, R. (1989). *Getting the support and supervision you need: Supervision in helping professions*. Buckingham: Open University Press.
- HEARD, S., SCHILLER, G., AITKEN, M. *et al* (2001). Continuous quality improvement: Educating towards a culture of clinical governance. *Quality in Health Care*, 10 (11), 1170-1178.
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- HOLLOWAY, E. (1995). *Clinical supervision: A systems approach*. USA: Sage Publications.
- HOWATSON-JONES (2003). Difficulties in clinical supervision and lifelong learning. *Nursing Standard*, 17 (37), 37-41.

- HYRKAS, K. e PAUNONEM, M. (2001). Clinical supervision in Finland – History, education, research and theory. In CUTCLIFFE, J., BUTTERWORTH, T., PROCTOR, B. (Ed.). *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge Editions.
- JONES, K. (1999). Clinical supervision for professional practice. *Nursing Standard*, 14 (9), 42-44.
- JOSSO, M. (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa.
- KEMP, N. e RICHARDSON, E. (1995). *A garantia da qualidade no exercício da enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- KOLB, D. (1994). *Experiential learning – experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- LAKATOS, E. e MARCONI, M. (2001). *Fundamentos da metodologia científica* (4^a ed.). São Paulo: Editora Atlas, S.A..
- LESSARD- HÉBERT, M., GOYETTE, G. e BOUTIN, G. (1994). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LINARES, E., VILARINO, C., VILLAS, M. *et al* (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología. Murcia: *Anales de Psicología*, 18 (1), 45-59.
- LONGARITO, C. (2002). O ensino clínico: A importância da orientação e do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*, Abril, 5 (2), 26-33.
- MACHADO, M.(2000).Uma enfermagem para o Séc. XXI. *Espaço do Autor – SEP*, Nov/Dez, 21-25.

- 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. (1995). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora.
- MALGLAIVE, G. (1997). Formação e saberes profissionais: Entre a teoria e a prática. In CANÁRIO, R. (Ed.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 61-77.
- MARTINHO, M (2004). *Relação Terapêutica e Estilos de Aprendizagem em Enfermagem: uma abordagem em contexto psiquiátrico*. Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.
- MATOS, J. (2001). *Teorias da aprendizagem*. Acedido em 23 de Maio de 2005, em (Documento WWW). URL [.http://phoenix.sce.fct.unl.pt/jmmatos/MESTREM/MEMHTM/AP7.html](http://phoenix.sce.fct.unl.pt/jmmatos/MESTREM/MEMHTM/AP7.html).
- NUNES, R. e REGO, G. (2002). *Prioridades na saúde*. Lisboa: Editora McGraw-Hill.
- OIJEN, E. (2000). *Clinical supervision: A practical guide*. Edinburg: Churchill Livingstone.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- PIRES, A. (1995). Organizações qualificantes. *Dirigir*, 40 (6), 14-17.
- PIRES, R. (2004). *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: Contributos para a definição de uma política organizacional*. Tese de Mestrado em Supervisão. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, Universidade de Aveiro, Aveiro.

- PORTUGAL, Assembleia da República – Lei de Bases da Saúde, Lei nº. 48/90, Diário da República, Lisboa, I Série, de 24 de Agosto de 1990.
- PORTUGAL, Ministério da Educação – Decreto-Lei nº. 480/88, Diário da República, Lisboa, I Série, de 23 de Dezembro de 1988.
- PORTUGAL, Ministério da Educação e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (1998). Carta Magna. Educação e Formação ao Longo da Vida. Lisboa: Edição da Comissão Nacional para o Ano da Educação e Formação ao Longo da Vida.
- PORTUGAL, Ministério da Educação – Portaria nº 799-D/99, Diário da República, Lisboa, I Série, de 18 de Setembro de 1999.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº. 3/88, Diário da República, Lisboa, I Série, de 22 de Janeiro de 1988.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei 437/91, Diário da República, Lisboa, I Série (257), 8 de Novembro de 1991.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº. 166-A, Diário da República, Lisboa, I Série, de 13 de Maio de 1999.
- PORTUGAL, G. (1992). *Ecologia e desenvolvimento humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: CIDiNE.
- POSTIC, M. (1990). *A Relação pedagógica*. Coimbra: Coimbra Editora.
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Trajectos.
- RICHARDSON, E. e KEMP, N. (1995). *A garantia da qualidade no exercício da enfermagem*. Lisboa: Butterworth/Heinemann.

- SÁ-CHAVES, I. (1994). *A construção do conhecimento pela análise reflexiva da praxis*. Tese de Doutoramento. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa – Universidade de Aveiro, Aveiro.
- SÁ-CHAVES, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão: Contributos nas áreas de formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- SALE, D. (2000). *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: Para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: PRINCIPIA, Publicações Universitárias e Científicas.
- SANTOS, M. e BASTOS, A. (2002). Padrões de interacção entre adolescentes e educadores num espaço institucional: Resignificando trajectórias de risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 45-52.
- SECO, J. (1997). *Chamados pelo nome: Da importância da afectividade na educação da adolescência*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- SCHÖN, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Ed. Paidós.
- SIMÕES, H. (1995). *Dimensões pessoal e profissional na formação de professores*. Aveiro: CIDiNE.
- SIMÕES, H. e SIMÕES, C. (1997). Maturidade pessoal, dimensões da competência e desempenho profissional. In SÁ-CHAVES, I. (Ed.) *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Aveiro: Colecção CIDiNE.
- SLOAN, G. (1999). Implementing clinical supervision. *Nursing Management*, 6 (3), 28-32.
- SLOAN, G. (1998). Clinical supervision: Characteristics of a good supervisor. *Nursing Standard*, 12, 40, 42-46.

- SMITH, G. e COTRELL, S. (2000). *Suspicion, resistance, tokenism and munity: Problematic dynamics relevant to the implementation of clinical supervision in nursing*. Acedido em 23 de Maio de 2005, em (Documento WWW). URL <http://clinicalsupervision.com/implementation%20of20%clinical%supervision>.
- SOARES, I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal 1880-1950*. Lisboa: Educa.
- STREUBERT, H. e CARPENTER, D. (1999). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. Camarate: Lusociência.
- TAVARES, J. (1992). Prefácio. In PORTUGAL, G. (Ed.). *Ecologia e desenvolvimento humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: CIDiNE.
- TAVARES, J. (1992). *A aprendizagem como construção de conhecimento pela via da resolução de problemas e da reflexão*. Aveiro: CIDiNE.
- TAVARES, J. (1993). *Dimensão pessoal e interpessoal na formação*. Aveiro: CIDiNE.
- TAVARES, J. (1996). *Uma sociedade que aprende e se desenvolve – Relações interpessoais*. Porto: Porto Editora.
- WINSTANLEY, J. (2001). Developing methods for evaluating clinical supervision. In CUTCLIFFE, J., BUTTERWORTH, T. e PROCTOR, B. (Ed.). *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge Editions.
- YIN, R. (1989). *Case study research, design and methods: Applied social research methods series*, vol. 5. London: Sage Publications.
- ZACHARIAS, V. (2005a). Teorias do desenvolvimento mental e problemas da educação [Versão electrónica]. In UNESCO (1994), *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada*. Paris: Oficina Internacional de Educación, 24 (3-4), 773-779.

Acedido em 25 de Novembro de 2006, em (Documento WWW). URL

<http://centrorefeducacional.com.br/vydesmen.html>.

ZACHARIAS, V. (2005b). *Vygotsky e a educação*. Rio de Janeiro. Acedido em 25 de Novembro de 2006, em (Documento WWW). URL

<http://www.centrorefeducacional.com.br/vygotsky.html>.

ZACHARIAS, V. (2005c). *Dewey e a escola progressista*. Rio de Janeiro. Acedido em 25 de Novembro de 2006, em (Documento WWW). URL

<http://www.centrorefeducacional.com.br/dewey.html>.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário

Universidade de Aveiro
Mestrado em Supervisão

Formação e Supervisão das Práticas Clínicas:
Uma abordagem ecológica

Questionário CSN-V1

Maria Liliana Canas Varandas

Caro colega:

Sou enfermeira no Hospital de São João, num serviço de pediatria. Neste momento frequento o Curso de Mestrado em Supervisão na Universidade de Aveiro. Pretendo desenvolver, neste âmbito, um estudo de investigação cujo propósito central é encontrar um ponto de partida para futuras reflexões, com vista a identificar algumas dimensões a considerar numa possível definição de um modelo de supervisão clínica em enfermagem, que possa vir a ser implementado posteriormente. O trabalho é orientado pelo Professor Doutor Wilson Correia de Abreu.

Para que a finalidade do trabalho seja atingida, solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Neste estudo consideramos a “*supervisão clínica um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional*” (Maia e Abreu, 2003: 8). Neste sentido, o supervisor clínico (SC) é um elemento da equipe indicado para acompanhar a prática de um outro colega, dando suporte para o desenvolvimento da mesma.

Recomendo que leia atentamente as instruções antes de responder às questões. Agradeço que dê a sua opinião sincera! Após o seu preenchimento entregue-o ao seu enfermeiro-chefe ou ao responsável pelo serviço.

Mais informo que a confidencialidade das respostas é assegurada pelo anonimato, pelo que não deve escrever a sua identificação em qualquer parte do questionário.

Estou disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida que lhe possa surgir.

Agradeço a sua disponibilidade para a colaboração neste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Maria Liliana Varandas

Hospital de São João Tel. 225512137

ANEXO II – Categorização da informação obtida através das respostas dadas à questão 21 da Parte II: “*Se se realizam acções de formação em serviço, indique os temas das três últimas*”

**TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 21 DA
PARTE II – O CONTEXTO DO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO**

QUESTÃO 21 – Se se realizam acções de formação em serviço, indique os temas das três últimas

Questionário	Categorias				
	A	B	C	D	E
1	Relaxamento; Terapia ocupacional		AVC		
2	Cuidados de enfermagem na ECT; Intervenções de enfermagem no Síndrome de Mushansen		Estudo de caso em doente com esquizofrenia		
3			Dor psiquiátrica profunda; Psiquiatria comunitária; Estabilizadores de humor		
4	Cuidados de enfermagem na ECT; Intervenções de enfermagem no Síndrome de Mushansen		Estudo de caso de um doente esquizofrénico		
5	Cuidados de enfermagem na ECT				
6		Controlo da infeção hospitalar; Higiene e segurança no trabalho; Gestão da melhoria contínua do trabalho;			
7		Controlo da infeção hospitalar; Higiene e segurança no trabalho; Gestão da melhoria contínua do trabalho;			
8			1º surto psicótico; Psicoterapias	Dinâmicas de grupo	
9			1º surto psicótico; Psicoterapias	Dinâmicas de grupo	
10	Suporte básico de vida	Higiene e segurança na instituição			
11					
12	Suporte básico de vida	Apoio jurídico			
13					

14					
15			1º surto psicótico; Psicoterapias	Dinâmicas de grupo	
16					Ações de formação informais nas passagens de turno sobre: as dinâmicas a seguir para melhorar a organização do serviço; CIPE
17	Massagem terapêutica	Qualidade dos cuidados; Segurança na instituição			
18					

ANEXO III – Categorização da informação obtida através das respostas dadas à questão 22 da Parte II: “*Descreva, em breves palavras, a situação clínica dos utentes que permanecem no seu serviço (cuidados que necessitam, graus de dependência, estado de saúde)*”

**TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 22 DA
PARTE II – O CONTEXTO DO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO**

QUESTÃO 22 – Descreva, em breves palavras, a situação clínica dos utentes que permanecem no seu serviço (cuidados que necessitam, graus de dependência, estados de saúde)			
<u>Questionário</u>	<u>Categorias</u>		
	A – cuidados que necessitam	B – graus de dependência	C – estados de saúde
1	.Cuidados de medicina interna e de psiquiatria	.Dependência elevada	.Serviço de psicogeriatrica; Doentes com idade avançada
2	.Supervisão da toma de medicação; .Relação de ajuda, escuta activa	.Dependência em grau moderado	.Doentes com perturbações psiquiátricas (situações de crise, por vezes ansiosos, chegando mesmo à descompensação total)
3	.Vigilância da medicação; .Relação de ajuda, escuta activa .Supervisão e auxílio de algumas AVD	.Doentes (...) na sua maioria independentes	.Doentes
4	.Manter presença .Promover auto-estima promover modificação dos comportamentos, gerir ansiedade, gerir delirium	.Dependência em grau moderado	
5	.Relação de ajuda, escuta activa .Incentivar auto-cuidado .Incentivar adesão ao regime terapêutico após a alta; promover modificação dos comportamentos .Acção de educação para a saúde	.Na maioria são dependentes	.Doentes com perturbação psiquiátrica, na sua maioria descompensados
6	.Os cuidados prestados serão dependentes do diagnóstico do doente e da situação clínica do mesmo	.Em geral são doentes com um grau reduzido de dependência	
7	.Supervisão dos objectos pessoais e retirar da sua posse os considerados perigosos .Gestão do ambiente/vigilância do humor, pensamento (...); realizar várias actividades como escuta activa, relaxamento	.Em geral são doentes com um grau reduzido de dependência	
8	.Os cuidados que necessitam são definidos de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados	.Os doentes na sua maioria são independentes	.Os diagnósticos médicos mais comuns são: esquizofrenia, depressão, 1º surto psicótico, dependência alcoólica e doenças não identificadas
9	.As intervenções de enfermagem dependem dos	.Geralmente são doentes independentes	.Os doentes têm como diagnósticos mais comuns:

	diagnósticos de enfermagem identificados		esquizofrenia, depressão, 1º surto psicótico e doenças degenerativas
10		.Doentes com vários graus de dependência	.Doentes com patologia psiquiátrica e orgânica
11			.Alteração do pensamento estados de agitação psicomotora, alteração da percepção
12	.Suporte emocional	.Moderadamente dependentes	.Doentes
13			
14			
15		.Maioritariamente são doentes independentes	.Com diversas patologias psiquiátricas
16	.Supervisão no autocuidado .Vigilância do comportamento, do pensamento e percepção, da agressividade (auto e hetero), da auto-mutilação, ideação suicida, risco de suicídio		
17	.Necessitam de grande apoio psicológico (escuta activa)	.São quase na totalidade independentes, excepto 1 doente que é acentuada	.Apresentam estado de saúde razoável
18	.Apoio psicológico .Cuidados de enfermagem gerais	.Alguns doentes dependentes	

ANEXO IV – Categorização da informação obtida através das respostas dadas à questão 1 da Parte IV: “*Indique três momentos significativos que tenham sido apreciados como agradáveis durante a sua experiência profissional*”

QUESTÃO 1 – Indique três momentos significativos que tenham sido apreciados como agradáveis durante a sua experiência profissional

Questionário	Categorias		
	A – centrado na equipa	B – centrado na clínica	C – centrado na organização
1	.Integração plena na equipa .Boa relação com os colegas		Mudança na chefia
2	Relação humana e profissional com os colegas	Relação com os doentes Formação em serviço	Responsabilidade de chefia e de coordenação
3	Orientação do supervisor clínico e colegas	Formação em serviço Formação profissional extra-serviço	
4	Aprendizagem contínua com outros profissionais	Resolver situação de agitação psicomotora de um doente sozinha (durante a noite) Relação terapêutica estabelecida com os doentes	
5	Respeito pela minha pessoa enquanto profissional	Discussão dos problemas que me surgiram no desempenho das minhas actividades A formação em serviço direccionada para as necessidades profissionais enquanto enfermeiro	
6		Aumento da competência e segurança Enriquecimento pessoal e profissional com aumento de conhecimento	
7	Maior interacção entre a equipa	Aumento da segurança Maior aquisição de conhecimentos relacionados com a dinâmica do serviço	
8	Integração na equipa de enfermagem	Relação estabelecida com os doentes Formação em serviço	
9	Boa integração na equipa de enfermagem	Relação estabelecida com os doentes Formação em serviço	
10			Conhecimento de outras realidades profissionais
11	O intercâmbio com os colegas Apoio da chefia	A interacção relacional com os doentes	
12			
13			
14			
15			
16	Apoio emocional e pessoal		
17	Trabalho em equipa	O profissionalismo de enfermagem Bom ambiente no serviço	
18		Melhoria do estado clínico dos doentes	

ANEXO V – Categorização da informação obtida através das respostas dadas à questão 2 da Parte IV: “*Indique três momentos significativos que tenham sido apreciados como desagradáveis*”

QUESTÃO 2 – Indique três momentos significativos que tenham sido apreciados como desagradáveis

Questionário	Categorias		
	A – centrado na equipa	B – centrado na clínica	C – centrado na organização
1	.Relações tensas com os colegas	.Dificuldades de comunicação com utentes .Familiars (de doentes) problemáticos	
2	.Agressividade verbal de uma auxiliar	.Fuga de doentes .Agitação psicomotora grave .Morte de uma doente durante a noite	
3		.Fuga de um doente .Acidente de um doente (traumatismo)	.Mudança constante de serviço
4		.Fuga de um doente .Acidente de um doente (traumatismo)	
5		.Falecimento de utentes .Fuga de utentes	.Articulação por vezes deficiente com outras instituições
6	Não recordo momentos desagradáveis		
7	Não tenho nenhum momento apreciado como desagradável		
8		.O facto de por vezes ter doentes agitados no serviço	.(...) sem este [o serviço] ter condições para os ter .Instabilidade profissional no início da carreira
9	.Desvalorização dos cuidados de enfermagem por outros profissionais		.Instabilidade profissional
10			
11	.A falta de cooperação entre a equipa multidisciplinar	.A inexistência de protocolos .A dificuldade em lidar com algumas patologias	
12			
13			
14			
15			
16			
17		.Agressão por parte de doentes com danos físicos · “ “ “ · “ “ “	
18		.Disfuncionamento das famílias	

ANEXO VI – Categorização da informação obtida através das respostas dadas à questão 3 da Parte IV: “*Indique, em breves palavras, quais os momentos do cotidiano que lhe pareceram mais significativos para a sua própria formação*”

QUESTÃO 3 – Indique, em breves palavras, quais os momentos do quotidiano que lhe pareceram mais significativos para a sua própria formação

Questionário	Categorias	
	A – não formais	B – informais
1	.Discussão de temas teórico-práticos com colegas mais experientes .Estudo das patologias	.Contacto com os utentes – praxis .Relação com a praxis
2	.Apresentação de estudos de caso .Formação em serviço .Reuniões de enfermagem .Reuniões multidisciplinares	
3	.Momentos de formação em serviço	
4	.Passagem de turno com conseqüente discussão dos casos clínicos dos doentes e conseqüentes cuidados prestados ou a prestar	
5	.Formação em serviço	.Troca de experiências entre os vários profissionais da equipa .Acompanhamento disponibilizado pela chefia e restante equipa de enfermagem
6		.Interacção com os doentes e restante equipa de trabalho
7		.Interacção entre a equipa de trabalho e os doentes
8	.Discussões realizadas periodicamente o serviço sobre dúvidas, plano de cuidados dos doentes, CIPE	
9	.Discussão do plano de cuidados, SAPE .Formação em serviço	
10	. Passagem de turno .Discussão de casos clínicos com outros elementos da equipa	
11	.O debate de episódios durante a passagem de turnos	
12		
13		
14		
15		
16		.Segurança profissional .Relação com os doentes .Apoio emocional e pessoal
17		.As vezes que mudei de serviço (...)permitiram a experiência de novos casos
18		.A relação com o doente

ANEXO VII – Categorização da informação obtida através das respostas dadas à questão 4 da Parte IV: “*Relate uma situação significativa (positiva ou negativa), na qual o supervisor clínico tenha tido uma intervenção activa*”

QUESTÃO 4 – Relate uma situação significativa (positiva ou negativa), na qual o supervisor clínico tenha tido uma intervenção activa

Questionário	Categorias		
	A – positivas	B – negativas	C – outros
1	.Clarificação de algumas situações relativas ao estado clínico de alguns utentes-específicas do serviço		
2	.Positiva – nomeação para fazer parte de júri de concurso em que participei activamente		
3	.Fuga de uma doente, a supervisora clínica explicou-me como executar os procedimentos a tomar		
4	.Aquando de uma crise hipomaníaca de uma doente consegui manter toda a calma possível e consequentemente acalmar a doente		
5	.Quando me surgem dúvidas no desempenho das minhas funções ou dilemas sobre qual a melhor forma de agir a chefia de enfermagem mostrou-se disponível para me ajudar e aconselhar na tomada de decisão		
6			.Há 20 anos não existia a nomenclatura “supervisor clínico”; quem orientava os alunos no estágio de psiquiatria eram as professoras da escola
7	.O supervisor clínico teve uma intervenção activa (positiva) no meu desenvolvimento de capacidades de relação com a equipa e com os doentes		
8			
9			
10			
11		.Penso que a intervenção do supervisor é sempre negativa; quase nunca elogia o trabalho do funcionário mas está sempre receptivo a mencionar os aspectos desfavoráveis e a punir o mesmo	
12			
13			
14			
15			
16			.No momento da minha integração profissional

			não existia supervisor clínico
17			
18	.No cumprimento de normas de segurança em relação ao uso de isqueiro e de tabaco		

ANEXO VIII – Guião da entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

DATA:

HORA DE INÍCIO:

HORA DO FIM:

OBJECTIVOS: - Obter informação sobre as dimensões que condicionam a supervisão e a formação em contexto de trabalho, nomeadamente na psiquiatria;
- Analisar, com os entrevistados, as dimensões mais importantes que surgiram no trabalho de campo

	Blocos Temáticos	Objectivos	Exemplo de Questões	Notas
<u>Fase de Introdução</u>	A - Legitimação da entrevista e percurso profissional	- Legitimar a entrevista; - Motivar o participante; - Recolha de dados relativos ao percurso profissional;	1.1) Tem ou teve algum contacto, em termos profissionais, com o hospital? 1.2) Caracterize o seu percurso enquanto enfermeira(o) da prática e enquanto professor(a), indicando: <ul style="list-style-type: none">• o tempo de serviço;• o tempo de serviço na psiquiatria;• a progressão na carreira.	
<u>Fase de Discussão</u>	B - Natureza do trabalho em psiquiatria	- Identificar aspectos que caracterizam a prática da enfermagem psiquiátrica;	2.1) O que caracteriza, em termos globais, o trabalho em psiquiatria (saberes específicos, particularidades dos contextos e relação enfermeiro/doente e às relações de poder)? 2.2) Quais as competências mais relevantes para o exercício profissional em saúde mental? 2.3) Na sua opinião, que factores condicionam o desenvolvimento profissional dos enfermeiros da psiquiatria?	

<p>Faede Discussão</p>	<p>C-Identificação de estratégias de supervisão clínica em enfermagem</p>	<p>- Identificar estratégias no âmbito da supervisão clínica em enfermagem que permitam dar resposta às questões da qualidade de cuidados</p>	<p>Considere a supervisão clínica um ‘<i>processo dinâmico interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais através da reflexão, guida, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes e o anseio de satisfação profissional</i>’ (Mae Azeu, 2008: 8), onde o supervisor clínico (SC) é um elemento da equipe indicado para acompanhar a prática de um outro colega, dando suporte para o desenvolvimento da mesma.</p> <p>Solicito que de sua opinião também nos fales os pontos:</p> <p>3) Verifique, na pesquisa desenvolvida, alguns resultados relevantes que gostaria de comentar e:</p> <p>a) a existência ou não de respeito à informação fornecida aos enfermeiros, durante a integração, sobre a política organizacional, as normas e regras da unidade de saúde;</p> <p>b) o acompanhamento dos enfermeiros em integração, em geral, feito pela equipa;</p> <p>c) após a integração, os enfermeiros foram em geral, acompanhados pela equipa ou pelo enfermeiro chefe, existem alguns que referem não ter acompanhamento específico;</p> <p>d) existem alguns conhecimentos dos enfermeiros para a reflexão sobre a prática, experiência clínica ou questões de ordem técnica e de metodologia;</p> <p>e) a maioria dos enfermeiros considera que o SC deve orientar os seus problemas pessoais (44% responderam ‘sempre’ e 22% ‘por vezes’; contudo, 33% responderam que o SC ‘nunca’ tinha orientado os seus problemas pessoais);</p> <p>f) a maioria dos enfermeiros está satisfeita com as questões relacionadas com a orientação de suporte, por parte do supervisor, dos seus práticas, contudo, em situações de crise</p>
----------------------------	---	---	--

			<p>ou momentos difíceis, considerando a orientação supõe insuficientes;</p> <p>g) os enfermeiros da emergência, que os supervisores estão preparados para desempenhar os papéis - 61,1% contudo, existem alguns (38,9%) que referem o contrário;</p> <p>h) a maioria dos enfermeiros está satisfeita com a supervisão disponibilizada pelo SC (61,1%), no entanto, os restantes apresentam pouco (33,3%) ou não satisfeitos (5,6%);</p> <p>i) existe uma relação significativa entre a satisfação com o processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a existência de momentos individualizados de supervisão e reflexões de natureza prática e clínica; - apesar de que a maioria do SC; - o estabelecimento de problemas pessoais dos supervisores; <p>32) Em que medida a especificidade do trabalho, até que ponto os enfermeiros de psiquiatria necessitam de apoio (SCE)?</p> <p>33) Quais são as maiores necessidades de apoio?</p> <p>34) Quais os fatores que considera relevantes para a promoção da qualidade de vida dos enfermeiros de psiquiatria?</p> <p>35) Na sua opinião, que outras requisições características dos supervisores clínicos devem existir (referir também à relação supervisão)?</p>	
<p>D-F Formação em contexto de trabalho em psiquiatria</p>	<p>- Definir aspetos que influenciam a formação em exercício</p>		<p>41) Verifiquei, na pesquisa que desenvolvi, alguns aspetos que gostaria de comentar e a existência de limitações nas estratégias de orientação relacionadas com a formação baseada nos processos de reflexões de natureza prática;</p>	

			<p>b) relação com o desenvolvimento da personalidade c) existe uma relação significativa entre a satisfação face à supervisão e a realização de ações de formação em serviço d) 59% dos atores consideram que ‘sempre’, 33% que ‘por vezes’ e 16% que ‘nunca’ as realizações de formação em serviço e) o tema das ações de formação em serviço está em relação essencialmente com a clínica/fisiopatologia da doença, as intervenções/práticas de cuidado secundária, organização/gestão, em terapia psicológica, as dinâmicas de grupo e a competência relacional formadas nas experiências</p> <p>42) Em que medida o trabalho em saúde mental pode transformar-se em práticas?</p> <p>43) Na sua opinião, quais os conteúdos mais relevantes para a formação contínua de familiares neste tipo de organização?</p> <p>44) Com a sua experiência, quais são os principais tópicos considerados mais positivos de formação numa unidade de psiquiatria?</p>	
<u>Faça e</u> <u>Conclua</u>	<u>E-Conclua</u> <u>da discussão</u>	<u>-Conclua</u> <u>da discussão</u>	<p>5) De acordo com a sua experiência como colaborante que tem a instituição que a anexa, algo que foi abordado nesta entrevista?</p> <p>Agade, mas uma vez, as possibilidades. Se existir algo mais que queira referir posteriormente agradeço que me contacte</p>	

ANEXO IX – Transcrição de uma entrevista (entrevista A)

ENTREVISTA A

Transcrição da entrevista realizada à Professora Olga Rocha no dia 14 de Novembro às 9H15, na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Esta entrevista foi orientada com base num guião elaborado previamente. A entrevistada tinha sido informada previamente da temática da entrevista e dos seus objectivos.

A entrevistada e a entrevistadora estavam numa posição de frente a frente. Foi pedida autorização para a gravação, que foi concedida, e colocado um gravador áudio na mesa.

Foi feito o registo da data e hora de início e fim, no guião da entrevista.

L – Como já tive oportunidade de lhe explicar, o meu trabalho está relacionado com a supervisão clínica em enfermagem e a formação em contexto de trabalho. O que pretendo discutir com a Professora são, não só os dados relativos aos resultados obtidos com a aplicação dos questionários, mas também a sua opinião relativamente a estas temáticas. Começava, talvez, por lhe perguntar se...já vi que teve algum contacto com o Hospital Magalhães Lemos (HML)...

P – Tenho muito!

L – Porque também dá lá aulas, não é?

P – Não só na orientação de alunos do curso de base, da licenciatura, mas também com os alunos das especialidades, ao longo dos anos. Antes de haver este processo de fusão das escolas eu trabalhava na Escola Cidade do Porto, desde 87, pelo que tenho um período muito grande de alunos da especialidade, e depois do bacharelato e da licenciatura e muitas das orientações das práticas clínicas eram na área da psiquiatria, uma vez que é a minha área de especialidade.

L – Já começou por falar um pouco do seu percurso...

P – Da minha experiência profissional.

L – Não sei se trabalhou alguns anos ou algum tempo na prática, mesmo...

P – Só no Santo António.

L – Só no Santo António...

P – Só no início da carreira e numa área que não tinha nada a ver: na cirurgia.

L – Na cirurgia...Então e como é que decidiu mudar para a psiquiatria?

P – Depois de ter trabalhado no Hospital de Santo António, após a conclusão do curso, fui convidada para ingressar na escola, na então Escola de Enfermagem D. Ana Guedes que era pertença da Misericórdia, portanto, era a mesma instituição, na altura...portanto, isto na década de 60 e início da década de 70. Portanto, transitei do Sto António para a escola dentro da mesma instituição, - não é? -, que era supervisionada pela Sta Casa da Misericórdia do Porto e comecei a trabalhar como professora de enfermagem. Logo no início da experiência profissional como docente, despertou-me um interesse muito grande, a psiquiatria. Acontecia, portanto, que eu passava anos inteiros com grupos de alunos em estágio, no Conde Ferreira, na altura também pertença da mesma Misericórdia e, portanto, sempre tive gosto e apetência, não porque tivesse especialidade, até porque as especialidades não existiam cá no Porto, só a Saúde Materna e Obstétrica, que funcionou aqui nesta escola. Depois, quando se criou a escola pós-básica do Porto, eu fui fazer a especialidade de Saúde Mental, mas já tinha um longo período de experiência de acompanhamento de alunos no curso de base, em contexto do hospital psiquiátrico, posto o interesse nesta área. Em 87 foi quando fui fazer a especialidade em Saúde Mental e após ter acabado a especialidade fui convidada, pela então enfermeira directora da escola, que era a Maria Armanda Bessa, a ficar como professora na escola pós-básica. Portanto, passei a estar ligada à formação especializada de enfermeiros, também na área da psiquiatria e, nessa altura, já com a especialidade. Entretanto, em 95 conclui o mestrado em Ciências da Educação, não na minha área mas na da educação, o que também fazia sentido visto que estava na carreira docente. E, a partir de 2000, a escola deixou de ser de formação pós-básica. Aliás, em 99 já tinha alunos de bacharelato, abriu o Curso de Bacharelato e, depois, começou com a formação da licenciatura.

L – E agora acabou com a fusão das escolas...

P – E agora com a fusão das escolas estamos todos juntos! (sorrisos) Com a formação básica e especializada.

L – Exacto! Mas agora passemos a outro tema, então. Dada a sua vasta experiência conhece bem todos os meandros da enfermagem psiquiátrica.

P – Conheço bem ... (risos)

L – Todos, todos, não...mas pelo menos grande parte deles. Gostaria de saber, então, como caracteriza, em termos globais, o trabalho em psiquiatria?

P – O trabalho dos enfermeiros?

L – Dos enfermeiros, em psiquiatria.

P – Em psiquiatria...

L – Nomeadamente as particularidades dos contextos, as relações entre os enfermeiros, entre os enfermeiros e os doentes, as relações de poder...

P – O trabalho dos enfermeiros em psiquiatria...eu acho que tem contornos paradoxais. Primeiro os enfermeiros que gostam e apostam em psiquiatria envolvem-se e conseguem fazer coisas extraordinárias. Como já tive experiência de ver alguns na especialidade que, de facto, envolveram-se e depois fizeram um trabalho absolutamente meritório e reconhecido pelos outros membros da equipa multidisciplinar, e...e temos o outro lado da questão do trabalho dos enfermeiros; isto, polarizando as práticas profissionais em psiquiatria, polarizando num extremo em que, de facto, as pessoas investem, valorizam-se, têm competências perfeitamente diferenciadas e próprias da área e, por outro lado, os que assumem que vão para a psiquiatria para ganhar dinheiro, como um segundo emprego, e para descansar das outras actividades que exercem noutros locais. Portanto, eu acho que há este paradoxo, hoje se calhar não tão visível, mas que há uns anos era visível, e às vezes assumido até frontalmente por alguns enfermeiros que me disseram isto com todas as letras e sem fazer segredo. Hoje a realidade acho que não passa tanto por esta polarização, por esta dicotomia de actividades e de formas de estar na profissão. Mas acho que é uma área, provavelmente como os cuidados intensivos, em que os enfermeiros podem chegar a um burnout, a uma exaustão pela sobrecarga não propriamente física, mas psicológica que acarreta. Mas acho que divergi um bocado da conversa...em relação às actividades, não era?

L – Actividades...Não, não fugiu propriamente à conversa...Seria para fazer uma alusão à relação enfermeiro-doente, às relações de poder, também...

P – Em relação às relações de poder, também evoluímos de forma favorável, acho eu, neste momento acho que já há uma maior preocupação pelo envolvimento, por exemplo, da família no processo de tratamento, enquanto que – e, como lhe dizia, a minha experiência remonta à década de 70 –, tenho uma visão assim continuada em termos do tempo, do que é a prática de enfermagem psiquiátrica, e acho que as questões de poder também se têm vindo a diluir um pouco. Mas, no início, o que eu observava era que, de facto, a gestão de uma unidade implicava muito a norma de que os enfermeiros com menos formação...estava muito implícita a relação de poder: “eu deixo-te ir lá fora quando me apetecer, quando deixares de me chatear, abro-te a

porta...”...o abrir e fechar as porta, não é? As questões das normas mais rígidas. Alguns enfermeiros assumindo não conscientemente questões de...posições de preferência, atitudes preferenciais, assumindo posições de crítica aberta, em grupo, com os doentes em relação ao doente A ou ao doente B. Portanto, isto...penso que hoje em dia já não é assim porque houve uma evolução favorável nesse sentido. Mas acho que ainda haverá pessoas...como noutros sítios; a gente, em oncologia, também ouviu falar de serviços em que a relação enfermeiro-doente ou técnico-doente é ótima, as pessoas comunicam, falam abertamente, apoiam e, depois há os outros que fogem, que preferem não dizer nada para que não sofram também, se calhar, com o assunto, com a própria finitude. Portanto, são questões que eu acho que implicava também, da parte dos enfermeiros, não só de formação mas também, se calhar, até terapêutico em relação às suas próprias emoções e ao gerir dessas emoções. É a questão do problema das emoções...

L – Então, acaba por referir, mais ou menos, quais é que são as competências mais relevantes para o exercício profissional na psiquiatria.

P – Sim.

L – Competências relacionais...

P – Relacionais...E conhecer-se a si próprio e pôr-se em causa, ser capaz de se pôr em causa – “eu não sou detentora do saber e posso, posso e devo estar sempre a aprender. Portanto, uma posição de abertura, de humildade e não de...isto é válido para todos os elementos da equipa, não só para os enfermeiros; os médicos, que do alto da sua cátedra sabem tudo e não ouvem os outros, não é? Acho que esta perspectiva de abertura aos outros, que deve ser comum a todos os elementos da equipa. Eu acho que hoje em dia também já se assiste a esta maior abertura de partilha pluriprofissional e de abertura em relação às necessidades reais do doente, no sentido de ele próprio ser capaz de as identificar. Por isso nós dizemos que as necessidades em cuidados devem ser avaliadas em conjunto com o doente e não ser o enfermeiro a avaliar: fazer o plano de cuidados e fazer uma gestão desses mesmos cuidados numa partilha de informação e numa relação bem estruturada com o doente e família, implicando sempre a família no processo de cuidados; o enfermeiro e a família quando este não estiver em condições e saber colaborar e decidir. Agora, eu há uns anos assisti a uma conversa que retrata isto. Uma médica psiquiátrica estava a falar com uma enfermeira a propósito de uma doente, e a doente estava presente. E a questão tinha a ver com o facto de a senhora ir ou não a uma consulta de ginecologia. Não tinha nada a ver com a psiquiatria, tinha a ver com a senhora ir ou não a uma ginecologista, eventualmente ela ser operada a um problema

que ela tinha de ginecologia. E a doente virou-se e comentou: “*Estão a falar de mim como se eu não estivesse aqui!*” Eu acho que isso é sintomático, é isso que muitas vezes acontece. Eu acho que tem vindo a evoluir favoravelmente... essa comunicação, a via da comunicação enfermeiro-utente, numa relação que se pretende terapêutica e que, de facto, deve tender para a autonomização do doente. E essa autonomização é, de facto, de partilha, do ouvir, do ser capaz de estar com e numa perspectiva de escuta activa, de comunicação terapêutica e não do decidir por, numa perspectiva mais paternalista, que é uma visão que se tinha mas que hoje está posta de lado.

L – Agora vamos especificamente ao âmbito da supervisão clínica em enfermagem (SCE). Vou-lhe dizer qual é que foi o conceito que eu defini, que adoptei para a SC e para o supervisor clínico (SC) e, depois, com base nesse conceito e na sua experiência poderá dar a sua opinião relativamente a algumas questões que eu tenho aqui definidas. Considerarei, então, a SCE como um “*processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional*”. Entendo que o SC é um elemento da equipe indicado para acompanhar a prática de um outro colega, dando suporte para o desenvolvimento da mesma. Pronto, agora discutindo mais ou menos ponto por ponto...eu acho que é uma parte interessante (eu acho!), mas que se pode alongar um bocadinho. Peço-lhe que seja relativamente breve. Sobre os resultados relativos à administração do questionário...

P – Do questionário...

L – Verifiquei, então, que existem algumas lacunas no que diz respeito à informação fornecida aos enfermeiros no seu processo de integração, relativa não só ao procedimento global das políticas da organização mas também, muitas vezes, às próprias normas e protocolos dos serviços. Não sei o que é que acha...Não sei se quer comentar ponto por ponto...O que é que acha?

P – Se calhar é melhor comentarmos ponto por ponto.

L – Eu acho que sim...

P – Estes questionários foram utilizados no Magalhães Lemos?

L – Sim. Não pretendo, como já tive oportunidade de lhe dizer, avaliar o hospital. É só discutir estes resultados.

P – Não sei. Relativamente ao processo de integração...é isso que está em causa...

L – Exacto! Tendo em conta a sua experiência – e é claro, como está no meio, também observa como é que se processa...

P – Estou...estou de alguma maneira de acordo com essas dificuldades que os enfermeiros sentiram no processo de integração. Acho que com as novas políticas de contratação de pessoal – que é de não contratação de pessoal! – os contratos a prazo, como é que se pode fazer uma verdadeira integração? Não pode! As pessoas são contratadas para as falhas que existem nos serviços e para resolver situações que são iminentes e, portanto, forçosamente não há aquele período que se preconizava há uns anos atrás, com uma semana de integração, em que as pessoas eram integradas lentamente, em que faziam um processo de adaptação ao serviço. Eram acompanhadas, aprendiam, de facto, tudo sobre o serviço...E nalguns serviços eu acho que até era mais do que 1 semana. Há serviços que, também pela sua diferenciação, em que o processo de integração ia até 1 mês. Hoje em dia o que é que se faz? A integração é: “Olha, estão aqui o local das coisas e começa a trabalhar!”. Portanto...

L – A maior parte deles já estagiaram naqueles sítios.

P – Pois já! Já estagiaram e os que não estagiaram, se calhar é a mesma coisa. O que é preciso é dar resposta a situações de necessidade iminente de prestação de cuidados porque as regras de contratação estão assim...Portanto, eu compreendo isso!

L – Verifiquei, também, que o acompanhamento dos enfermeiros foi, em geral, feito pela equipa e não propriamente por um SC para acompanhar aquela pessoa, mas pela equipa em geral.

P – Também acredito que, pelas mesmas dificuldades, que a pessoa se vá integrando com a boa vontade e a colaboração dos elementos da equipa: “Olha, diz-me o que é isto. Anda comigo fazer aquilo. Diz-me onde está aquilo. Qual é o procedimento nesta situação?”. E lembro-me que acompanhei recentemente, num serviço, casos de enfermeiros recém integrados que, sobretudo nas questões burocráticas, de altas, da gestão de doentes que vinham das consultas, os acompanhamentos e as saídas, em que de facto as pessoas pediam ajuda aos colegas que estavam no turno, naquele dia, para...e a pessoa ensinava: “Olha, faz-se assim, faz-se assim, vai-se buscar isto, tem que se fazer aquilo”. A gestão dos stocks, os objectos pessoais que os doentes traziam à entrada. Todos esses processos burocráticos eram ensinados na altura, quando aconteciam, pelos elementos da equipa.

L – Por outro lado, após a integração, alguns enfermeiros referem não ter qualquer tipo de acompanhamento, e outros referem ser acompanhados pela equipa e pelo enfermeiro chefe. Mais uma vez poucos consideram ser acompanhados por um SC.

P – Eu acho que o enfermeiro chefe ou o enfermeiro especialista tem que ser forçosamente um gestor de cuidados. E se tem que ser um gestor de cuidados, tem que fazer o acompanhamento dos enfermeiros que estão na sua equipa. E ao fazer o acompanhamento está a fazer uma supervisão indirecta das práticas, não é? Porque avaliando... E depois tem a função da avaliação, não é? Da avaliação do desempenho. E, por isso... Agora não sei o que é que os enfermeiros sentiram em relação e esse processo de avaliação do desempenho, que eu acho que só faz sentido através de um acompanhamento próximo das práticas dos enfermeiros, também na perspectiva da qualidade e da gestão de cuidados. É da competência do enfermeiro especialista e do enfermeiro chefe.

L – Verifiquei também que há algumas lacunas no que diz respeito ao incentivo e ao acompanhamento dos próprios enfermeiros para a sua prática reflexiva, ou seja, os enfermeiros são pouco estimulados a pensar “porque é que eu faço assim?”.

P – E os enfermeiros disseram isso?

L – Disseram que são pouco motivados para a sua prática reflexiva.

P – Acredito. É que o momento das passagens de turno...seriam óptimos momentos para se reflectir sobre os cuidados, sobre os doentes, sobre as situações dos doentes, também, da evolução do plano de cuidados, sobre as práticas desenvolvidas – “o que é que se faz? O que é que não se faz? E porque se fez assim? E porque não se fez?”. De facto, se esse momento fosse privilegiado para uma comunicação e para uma avaliação dos cuidados...Na prática acho que há uma certa dificuldade em utilizar esses momentos como um momento do dia em que se pode reflectir, de alguma maneira, sobre as práticas realizadas. O que eu acho é que é muito mais fácil as práticas ritualizadas, uma continuidade sem se fazer grandes “ondas”, porque aqueles profissionais que chegam ao serviço e que, se calhar, porque não estão lá, porque não conhecem os hábitos questionam “Porque é que se faz assim e não se faz assado?”, muitas vezes são mal vistos, não é? Em querer revolucionar as coisas: “Se sempre se fez assim porque é que se há-de mudar?”. As rupturas...

L – A resistência à mudança...

P – A introdução de rupturas é vista como destabilizadora e, portanto, há muita gente resistente à mudança.

L – Verifiquei, também, que a maioria dos enfermeiros considera que o SC teve em conta os seus problemas pessoais. Existem alguns que acham o contrário. Em termos de percentagens, 33,3% acham que o SC nunca teve em conta os seus problemas pessoais.

P – Acho que são perspectivas pessoais em função de experiências pessoais, também, não é? E às vezes acho que o relacionamento pessoal também pode interferir nessa avaliação que os enfermeiros fizeram. Acho que, de uma maneira geral, os enfermeiros chefes tendem a, numa perspectiva de estabilidade emocional da própria equipa, ajudar a resolver os problemas. Acredito que possa haver conflitos interpessoais que possam levar a que essa percentagem, os 33%, que se queixe que não teve ajuda na resolução dos seus problemas pessoais.

L – Por outro lado verifiquei também, que os enfermeiros achavam que o supervisor estava habilitado ou preparado para desempenhar o seu papel, na sua maioria. Apesar disso, também existe uma pequena percentagem (38,9%) que refere o contrário. Se nos reportarmos à questão anterior, a pessoa que orientava os enfermeiros seria o enfermeiro chefe ou os outros elementos da equipa.

P – Que acham que não estavam preparados?

L – A maioria acha que sim mas, existem alguns, que acham que não estava preparado.

P – Não sei...Se calhar tem a ver com perspectivas pessoais ou com contextos específicos. Aqui há uns anos atrás, no Magalhães Lemos, havia enfermeiros muito antigos, que eram especialistas já com muitos anos, que tinham feito um curso de psiquiatria sem fazer um curso de base que lhes permitia sequer trabalhar noutros lados, noutro hospital que não fosse um hospital psiquiátrico e que muitas vezes eram contestados pelos enfermeiros mais novos que achavam que eles evoluíram pouco em termos de reflexão sobre as práticas, de evolução do próprio conhecimento, que tinham estagnado em termos do tempo. Hoje em dia penso que já não existirão...a maior parte desses pessoas reformaram-se, já não estão no activo. Lá está, ou são de facto pessoas que estão pouco motivadas, que estão numa perspectiva de emprego e não de trabalho e de profissão e de enfermagem mas...ou de facto, podem estar na base de questões pessoais que levam os enfermeiros a considerar que as competências dos chefes que não são as mais adequadas.

L – Verifiquei, também, que existe uma relação significativa entre o processo de supervisão e a existência de momentos individualizados de supervisão das práticas

clínicas, a presença permanente do SC e o ter-se tido em conta ou não os problemas pessoais (como já referi atrás). Ou seja, os enfermeiros que estão mais satisfeitos com o seu processo supervisão...

P – Têm mais acompanhamento.

L – Neste sentido...

P – Sentem-se mais apoiados no que diz respeito à resolução dos seus problemas pessoais.

L – Exacto. E se existir a presença permanente do supervisor.

P – A presença permanente do supervisor...Parece-me lógico! Parece-me lógica essa associação.

L – Agora baseando-se na sua experiência, eu gostava que me fosse respondendo a algumas coisas, também...Até que ponto é que acha que os enfermeiros da psiquiatria precisam de apoio (SCE), tendo em conta a especificidade do seu trabalho?

P – Acho que precisam de supervisão todos os enfermeiros e não só os da psiquiatria. Também na UCI, um enfermeiro que entre...num BO, numa unidade específica, tem que ter um acompanhamento e orientação e supervisão das práticas clínicas. E em psiquiatria eu acho a mesma coisa. As pessoas têm que ter orientação. Têm uma formação que lhes pode dar algum suporte teórico e também uma experiência clínica que é mínima. No nosso caso, actualmente, os alunos têm um estágio de psiquiatria de 5 semanas e, depois, os conceitos vão sendo dados ao longo do tempo e, portanto, eu acho que há uma preparação mínima para o desenvolvimento das práticas. Quando um aluno acaba o curso e entra no hospital psiquiátrico, porque é o único sítio onde arranjou trabalho, tem que ter forçosamente uma orientação e uma supervisão directa do SC, seja o chefe, seja o especialista delegado para essa função de acompanhamento, porque vão forçosamente surgir muitas dúvidas, a pessoa pode ter dificuldades de adaptação, pode ter dificuldades em gerir a relação com os doentes. E, se tiver uma abertura com o chefe para dizer: “Olhe, eu tive dificuldade em relacionar-me com aquele doente porque é um doente agressivo, porque eu tive tendência para responder à agressividade dele com a minha própria agressividade”. E se houver um enfermeiro das práticas que seja capaz de lhe dizer, por exemplo: “A consciencialização da resposta de agressividade já é um bom princípio, porque é que respondeste à agressividade com agressividade, porque é que não soubeste que aquela agressividade não era dirigida a ti, como pessoa, mas resultante da própria doença?”. E este acompanhamento e esta reflexão sobre as práticas parecem essenciais.

L – Já foi respondendo a outra questão que lhe iria pôr. Quais deverão ser as características que o SC deve possuir, nomeadamente focando a relação enfermeiro-supervisor? Não sei se tem mais alguma coisa a acrescentar.

P – Eu acho que deve ser um profissional competente na área, neste caso da psiquiatria, atento, responsável e com capacidade de escuta e com perspectiva crítica, também, em relação ao serviço onde se integra e com capacidade de, por outro lado, também estar aberto a sugestões de quem vem de fora que, apesar de não ter experiência, tem uma visão um bocado mais distanciada do contexto.

L – Relativamente ao processo supervisivo, na sua globalidade. Quais é que acha que são os factores que mais contribuem para a promoção da qualidade dos cuidados? Não só a nível dos serviços, em específico, mas também a nível global, da organização em si?

P – Os factores que contribuem para?

L – Para a promoção da qualidade dos cuidados.

P – Para a promoção da qualidade dos cuidados. De uma maneira geral ou no ponto de vista do utente?

L – De uma maneira geral.

P – Os factores da organização têm a ver forçosamente com os recursos, sejam eles físicos, materiais. Depois até os próprios recursos humanos a própria equipa, não é? O número de enfermeiros necessários. Portanto, os recursos humanos são um factor essencial. Mas acho que também os recursos físicos, as instalações, o material necessário...isso também é importante. E depois o que temos vindo a falar anteriormente, o processo de gestão de recursos humanos, o processo de gestão dos cuidados. Isso leva forçosamente a uma maior satisfação do profissional, à satisfação dos utentes. E, se há uma boa gestão do serviço e uma boa gestão dos cuidados forçosamente há uma maior satisfação profissional e também uma maior satisfação por parte dos utentes.

L – Passemos agora a outro tema. Espero não estar a ser tão maçadora quanto isso...A entrevista vai um bocadinho alongada, não é?

P – Eu falo muito...

L – Não, não, não...Relativamente à formação em contexto de trabalho e à sua relação com a supervisão. É um dos aspectos que eu acho muito importante para a promoção da qualidade dos cuidados. Esta foi outra parte do questionário e, tal como aconteceu anteriormente, pedia-lhe que discutisse alguns pontos.

P – Os resultados.

L – Exacto. Verifiquei, então, que existem certas limitações nas estratégias de orientação relacionada com a formação baseada nos processos de reflexão sobre as práticas. Lá está, a reflexão, como referimos anteriormente. Um dos pontos que considerei no questionário era, por exemplo, a elaboração de portfólios reflexivos como instrumento para a orientação do enfermeiro para a prática reflexiva sobre as suas práticas. Verifiquei, assim, que essas estratégias não são assim tão implementadas.

P – Em relação à implementação de portfólios?

L – De portfólios, por exemplo. A própria reflexão, a existência de momentos conjuntos para a reflexão: “Fizeste isto assim, assim” ou “Fiz isto”. Isto leva o enfermeiro a um processo de formação e de desenvolvimento profissional.

P – Portanto, os enfermeiros referiram que não existem esses momentos?

L – Na generalidade, existem algumas limitações nesse âmbito.

P – Pois...A formação em serviço preconiza, exactamente, que haja esses momentos...que haja momentos formais de esclarecimento e de formação sobre determinados aspectos que foram sentidos como mais dificultadores por parte da equipa...

L – Outro dos pontos que posso apontar foi, também, como já tínhamos falado anteriormente, que a relação com os colegas é considerada pelos inquiridos como um importante factor de aprendizagem. Acho que já me respondeu um pouco a isso...Tem alguma coisa mais a acrescentar?

P – Acho que sim, que é um importante factor, também. Na minha opinião, que é uma ajuda que pode ser presencial, tal como já falamos no processo de integração e, se a pessoa se sentir apoiada, com certeza que também será um factor importante. Apesar de que às vezes os colegas...Estava-me a lembrar agora de uma questão que me pôs uma enfermeira de psiquiatria, que comentava que, numa altura, estavam ela e uma colega a fazer tarde, e ela sentiu que havia uma doente que precisava de falar, que estava ansiosa, que precisava de falar. Ela tinha um SOS que podia ajudar a resolver a ansiedade da doente, mas a colega achava que se se sentasse e se dispusesse de 1 hora ou de meia hora a falar com ela, que se calhar que se tentava o SOS. Só a colega achava que a colega achava que o restante trabalho que estava a sobrar para ela porque ela se sentava a conversar com a doente. Portanto, às vezes os colegas podem proporcionar...o apoio pode ser óptimo e eu acho que se as pessoas fossem capazes de conversar e de dizer

abertamente:”Olha, eu senti que aquela senhora precisava que eu falasse com ela um bocadinho.”. E foi mais fácil dar o comprimido!

L – É curioso que observei que apenas 1 dos inquiridos referiu que a sua relação com os colegas não tinha sido assim muito favorável à sua aprendizagem.

P – Pois.

L – Pois, mas esses momentos realmente existem. Pronto! Verifiquei, também, que, relativamente à formação em serviço (voltando à formação em serviço), que os enfermeiros que estão mais satisfeitos com o seu processo de SCE...foram aqueles que disseram que se realizavam acções de formação em serviço.

P – Pois. Eu acho que mesmo que seja aquela formação clássica de dois enfermeiros que têm obrigação de, uma vez por mês, escolher um tema e apresentar aos colegas ou de fazer um plano de formação para o ano inteiro, em que se dividem por grupos e vão apresentando, eu acho que...Eu acho que, primeiro, tem havido uma maior preocupação dos enfermeiros na sua própria formação e investem em técnicas de apoio psicoterapêutico, em outras actividades que não seja o dar comprimidos e supervisionar as refeições e pouco mais. Há uma preocupação dos enfermeiros, de facto, em aprender e fazer técnicas de relaxamento, em fazer exercício de estimulação, no caso por exemplo de doentes depressivos, nos idosos com demências. Eu acho que estão abertos a estas novas abordagens psicoterapêuticas. E o processo formativo é essencial.

L – E estão implicados não só na sua própria formação como também na formação dos outros.

P – Claro!

L – Verifiquei, também, que os temas das acções de formação estavam essencialmente relacionados com a clínica/fisiopatologia da doença, as intervenções/práticas de cuidados e com a organização/gestão; as dinâmicas de grupo e a componente relacional foram os temas menos abordados.

P – Eu acho que é provável. É mais fácil ir para a abordagem da patologia e fisiopatologia, como referiu. E, hoje em dia, a questão da informatização, da CIPE, da informatização dos cuidados...acho que essas abordagens acabam por ser mais fáceis. As outras exigem tempo; a pessoa não lê uma coisa num livro sobre uma técnica específica e vai fazer assim com todo o à vontade, a não ser que seja irresponsável, a não ser que tenha uma formação bem estruturada. Portanto, acho que é mais fácil que as pessoas se sintam mais à vontade em desenvolver actividades de formação nessa área:

na fisiopatologia, da gestão e da definição dos cuidados em função de patologias específicas.

L – Verifiquei, também, que 50% dos actores acham que “sempre”, 33,3% que “por vezes” e 16,7% referem que “nunca” se realizam acções de formação nos seus serviços.

P – Nunca?

L – Nunca.

P – Estranho! Mas isso é contra a lei!

L – Se quiser que volte a repetir, a maioria dos actores acha que sim; no entanto 33,3% refere que “por vezes” e 16,7% que “nunca” se realizam.

P – Não faço ideia porque é que as pessoas dizem que nunca se realizam. Elas são obrigadas a frequentar actividades de formação por cada triénio e isso tem que constar, também, na sua avaliação.

L – Se calhar a formação que frequentam não se realiza no hospital...

P – Pode ser externa....

(imperceptível)

L – Agora, em que medida é que acha que o trabalho em saúde mental permite transformar e produzir saberes?

P – Eu acho que permite! E, sobretudo, através da investigação aplicada na prática dos cuidados, que é uma das funções dos enfermeiros que, se calhar, nem sempre é muito valorizada pelos mesmos pois acham que investigar +e uma coisa difícil, para quem não tem que fazer outras coisas e, portanto, não integram a perspectiva da da investigação (a generalidade) na sua prática de cuidados. Mas, a investigação pode partir, exactamente, das práticas para gerar temas para investigar que, depois de trabalhados e de investigados, devem voltar à prática para moldar essas mesmas práticas em função dos resultados dessa investigação. Portanto, a investigação é um factor essencial para permitir a mudança das práticas.

L – Uma última pergunta...Quais são os principais tópicos a considerar num dispositivo de formação numa unidade de saúde mental/psiquiatria?

P – De acordo com aquilo que temos vindo a falar, eu acho que é essencial a prática reflexiva dos cuidados. Não digo que não seja essencial, também, a actualização dos conhecimentos sobre as patologias psiquiátricas, a classificação das doenças mentais, que tem vindo a evoluir da DCM III para a IVR, para a V. A actualização desses conhecimentos é importante, sem dúvida. A actualização de conhecimentos na

área biomédica, nomeadamente na área das neurociências. E depois, também, a integração da investigação e dos seus resultados na prática dos cuidados. E claro, outras áreas afins, as relações terapêuticas, a gestão dos cuidados, a supervisão das práticas clínicas...Porque depois temos, acho eu, diferentes graus de formação de acordo com as diferentes competências dos diferentes profissionais. Provavelmente os gestores de topo têm que ter formação mais dirigida para a gestão dos cuidados, para a gestão de recursos humanos e materiais, os especialistas mais para esta perspectiva para a mudança das práticas, para a investigação, da orientação e da integração dos profissionais e, depois, os enfermeiros generalistas, a actualização de conhecimentos de cuidados de enfermagem relativos às patologias na área da saúde mental e psiquiátrica e, muito particularmente, da relação enfermeiro-doente.

L – Não sei se tem mais alguma coisa a acrescentar...antes de terminar a entrevista.

P – Não, acho que já abordámos muitas coisas. A entrevista já vai em 1H15, portanto, foram focados vários aspectos. Depois, se necessário, poderemos rectificar alguns aspectos que possam ter ficado menos claros.

L – Exacto! Se se lembrar de alguma coisa, entretanto, podemos conversar posteriormente! Entretanto, irei dactilografar a entrevista e, antes de a analisar, mostro-lha.

P – Está bem!

L – Mais uma vez, muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

