



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**DO AD HOC A UM MODELO DE
SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM EM USO**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

por

Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz

Setembro, 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

**DO AD HOC A UM MODELO DE
SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM EM USO**

**Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem**

Por Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz

Sob orientação do Professor Doutor António Luís Carvalho e

coorientação do Professor Doutor Paulino Sousa

Setembro, 2012

Dedico este trabalho aos que incondicionalmente se dedicam e me apoiam,

ao meu marido (José Cruz),

à minha irmã (Cátia Santos) e,

aos meus pais (M^ª Helena Santos e José Alberto Santos).

Agradeço,

Ao Professor Doutor António Luís Carvalho, por tudo o que me tem ensinado, pelo estímulo, apoio e dedicação inesgotáveis e imprescindíveis ao longo deste(s) trajeto(s)...

Ao Professor Doutor Paulino Sousa, pela orientação e disponibilidade fundamentais à realização deste trabalho.

À ESEP, pelo incentivo e apoio constante à formação dos seus profissionais e por ser uma instituição na vanguarda do conhecimento.

À Professora Doutora Julie Winstanley e ao Professor Doutor Edward White, pelos seus contributos e reflexões que nos permitiram evoluir no conhecimento em SCE.

Ao Conselho de Administração do CHMA, particularmente, ao Sr. Enfermeiro Diretor Victor Freire, pela disponibilidade para trabalhar connosco, proporcionando condições fundamentais para a realização deste estudo e pela sua visão estratégica em supervisão e à Sr^a. Enfermeira Deolinda Vale, atual Diretora, por ter aderido a esta investigação, mantendo as condições para que chegasse a bom porto e por continuar a investir na SCE na sua instituição em parceria connosco. Aos enfermeiros que participaram no *focus group*, pela sua contribuição, empenho e disponibilidade indispensáveis para que evoluíssemos até aqui. Aos enfermeiros do CHMA em geral e, em particular, aos dos Serviços de Medicina e Pediatria da UST e aos do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia/Bloco de Partos da UVNF e respetivas enfermeiras chefes, pela participação fundamental no estudo e, acima de tudo, pelo carinho com que me receberam e a confiança que em mim depositaram. À *Carminho* (secretária do Conselho de Administração) e à Dr^a. M^a. Fernanda Silva, pela disponibilidade demonstrada.

Ao Conselho de Administração da ULSM, particularmente à Sr^a. Enfermeira Diretora Margarida Filipe, por ter aceite a realização do estudo metodológico e incentivar permanentemente uma prática baseada na evidência. Aos enfermeiros da ULSM, pela participação essencial à realização do estudo.

Ao Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em particular, à Dr^a. Orquídea Ribeiro e ao Professor Doutor Armando Teixeira Pinto, pela partilha de conhecimentos.

Aos colegas e amigos, Ana Paula França, Cândida Pinto, Carla Inês Ribeiro, Conceição Reinho, Fernanda Carvalho, Hélène Gonçalves, Jocelina Cabral, Manuel Fernando Oliveira, Margarida Reis Santos, Paula Sousa, Paulo Marques, Sara Lopes, Wilson Abreu e Luís Carvalho, pela amizade, pelo companheirismo e por serem sempre um porto de abrigo.

RESUMO

A tese que se apresenta neste relatório centrou-se no domínio da supervisão clínica em enfermagem (SCE), tomando por objeto de estudo o desenvolvimento de um modelo de SCE que permita responder às exigências do exercício profissional dos enfermeiros, contribuindo para a melhoria da qualidade da sua prática profissional. Emergiu de um percurso de investigação-ação que decorreu no Centro Hospitalar do Médio Ave E.P.E (CHMA), designadamente nas unidades de internamento de Medicina, Obstetrícia e Ginecologia/Bloco de Partos e Pediatria durante cerca de quatro anos, onde se concretizou uma trajetória de mudança. Englobou também um estudo metodológico realizado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E. (ULSM), de tradução, adaptação cultural e validação de um instrumento que avalia a eficiência e a eficácia da SCE disponibilizada – a Manchester Clinical Supervision Scale® (MCSS®).

O paradigma de investigação construtivista alicerçou o desenvolvimento de um modelo de SCE cuja utilidade prática foi evidente no contexto da ação. O seu desenvolvimento visou, essencialmente, os seguintes propósitos: descrever necessidades e resultados sensíveis ao modelo a diferentes níveis e identificar os atores, o processo e as estratégias a utilizar em SCE, tendo como desiderato não só a melhoria contínua da qualidade em supervisão mas também a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

O Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC) constitui o contributo principal deste estudo para o conhecimento da disciplina, particularmente no que se refere à identificação e clarificação dos seus eixos (conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão) e às relações que se estabelecem entre os intervenientes que atuam no eixo da conceção dos cuidados, do exercício profissional e da supervisão e que possibilitam a retroalimentação do próprio modelo, permitindo que este não se esgote em si mesmo, dada a riqueza de situações que emergem da prática clínica e os desafios em que consistem para todos.

O percurso de desenvolvimento do MSCEC consistiu numa iniciativa inovadora, dada a ausência de tradição em SCE e a escassez de estudos neste âmbito no nosso país, não

obstante, não se ter tornado impeditivo da sua realização, pela visão de futuro de todos com quem, por esta via, tivemos a oportunidade de trabalhar e de evoluir do *'ad hoc a um modelo de SCE em uso'*.

Palavras-Chave: Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem; Conceção de Cuidados; Exercício Profissional; Supervisão Clínica; Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Manchester Clinical Supervision Scale®.

ABSTRACT

The thesis presented in this report focused on the area of clinical supervision in nursing taking as a study object the development of a clinical supervision model in nursing which allows the improvement of the quality of nurses' professional practice. It emerged from an action - research that took place at the Médio Ave Hospital Center (CHMA), particularly in inpatient units of Medicine, Obstetrics/Delivery Room/Gynecology and Pediatrics for about four years, where a cycle of change took place. We also carried out a methodological study conducted at Matosinhos Local Health Unit (ULSM) for the translation, cultural adaptation and validation of the Manchester Clinical Supervision Scale[®] (MCSS[®]).

A constructivist research paradigm was adopted to develop a clinical supervision model in nursing whose usefulness was evident in the context of action. Its development mainly aimed the following purposes: to describe the needs and supervision sensitive outcomes which result from the model at different levels as well as to identify the actors, the process and the strategies to be used in clinical supervision in nursing, having as desideratum not only the continuous quality improvement in supervision, but also the continuous quality improvement of nurses' professional practice.

The Clinical Supervision Contextualized Model in Nursing constitutes the main contribution of this study to the knowledge of the nursing field, particularly with regards to the identification and clarification of its axes (conception of care, professional practice and supervision) and the relationships established among the actors working on those axes and the feedback that supplies the model itself, allowing that it does not end in itself, given the wealth of situations that arise in clinical practice and the challenges they consist for all.

The development path of the Clinical Supervision Contextualized Model in Nursing consisted in a groundbreaking initiative, given the lack of tradition in clinical supervision in nursing and the scarcity of studies in this field in our country. However, it did not become an obstacle to its achievement because of the vision of all who, this way, had the opportunity to work and evolve from '*ad hoc*' to a clinical supervision model in use'.

Keywords: Clinical Supervision Model in Nursing; Conception of Care; Professional Practice; Clinical Supervision; Translation, Cultural Adaptation and Validation of the Manchester Clinical Supervision Scale®.

RESUMÉ

La thèse présentée dans ce rapport a mis l'accent dans le domaine de la supervision clinique en soins infirmiers (SCI), en prenant comme objet d'étude la construction d'un modèle de SCI qui permet répondre aux exigences de la pratique professionnelle des infirmiers contribuent à l'amélioration de la qualité de leur pratique professionnelle.

Ce modèle a émergé à partir d'un cadre de recherche – action qui a eu lieu au Centre Hospitalier de Médio Ave (CHMA), en particulier dans les unités d'hospitalisation de Médecine, d'Obstétrique et de Gynécologie/Bloc de naissances et de Pédiatrie pendant environ quatre ans, où c'est concrétisé une trajectoire de changement. Il a également englobé une étude méthodologique menée à l'Unité Local de Santé de Matosinhos (ULSM) de traduction, d'adaptation culturelle et de validation d'un instrument qui évalue l'efficacité et l'efficacité de la SCI disponible – Manchester Clinical Supervision Scale® (MCSS®).

Le paradigme de recherche constructiviste a fondé le développement d'un modèle de SCI dont l'utilité pratique a été évidente dans le contexte de l'action. Son développement a visé essentiellement les fins suivantes : décrire les besoins et résultats sensibles au modèle à différents niveaux; et identifier les acteurs, le processus et les stratégies à utiliser en SCI, ayant comme desideratum non seulement l'amélioration continue de la qualité en supervision mais aussi l'amélioration continue de la qualité de la pratique professionnelle des infirmiers.

Le Modèle de Supervision Clinique en Soins Infirmiers Contextualisée (MSCIC) constitue la principale contribution de cette étude pour la connaissance de la discipline, en particulier en ce qui concerne l'identification et la clarification de ses axes (conception des soins, pratique professionnelle et supervision) et les relations qui s'établissent entre les acteurs qui agissent sur l'axe de la conception des soins, de la pratique professionnelle et de la supervision et qui permette la rétroaction du modèle lui-même, permettant que celui-ci ne se termine pas par lui-même étant donné la richesse des situations qui émergent de la pratique clinique et les défis qui consistent pour tous.

Le chemin de développement du Modèle de Supervision Clinique en Soins Infirmiers Contextualisée a consisté en une initiative innovante, étant donné le manque de tradition en

SCI et la rareté d'études dans ce domaine dans notre pays. Cependant ceci n'a pas été un obstacle à sa mise en œuvre, due à la vision de l'avenir de tous ceux avec qui, par ainsi, nous avons eu l'occasion de travailler et d'évoluer de '*ad hoc*' à un modèle de SCI en cours d'utilisation'.

Mots-clés: Modèle de Supervision Clinique en Soins Infirmiers; Conception de Soins ; Pratique Professionnelle ; Supervision Clinique; Traduction, Adaptation Culturelle et Validation de Manchester Clinical Supervision Scale®.

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CDP – Centro Diagnóstico Pneumológico

CHMA – Centro Hospitalar do Médio Ave E.P.E.

CCI – Coeficiente de Correlação Intraclasse

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

dp – Desvio Padrão

DPT – Desenvolvimento Profissional Tutelado

DR – Diário da República

E... - Entrevista ...

EC – Ensino Clínico

EC – Erro Padrão

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPT – Exercício Profissional Tutelado

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

DPT – Desenvolvimento Profissional Tutelado

HPH – Hospital Pedro Hispano

IA – Investigação - Ação

IC – Intervalo de Confiança

ICN – *International Council of Nurses*

ISO – *International Organization Standardization*

MCSS[®] – *Manchester Clinical Supervision Scale*[®]

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional

MSCEC – Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado

n – Frequência Absoluta

NHS – *National Health Service*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNS – Plano Nacional de Saúde

PTE – Prática Tutelada de Enfermagem

RCN – *Royal College of Nursing*

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

S.C. – Supervisão Clínica

SCE – Supervisão Clínica em Enfermagem

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SPSS[®] – *Statistical Package for Social Sciences*

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E.

USF – Unidade de Saúde Familiar

UST – Unidade Hospitalar de Santo Tirso

UVNF – Unidade Hospitalar de Vila Nova de Famalicão

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro 1 – Síntese do (des)conhecimento do fenómeno	87
Quadro 2 – Situated learning techniques	111
Quadro 3 – Reported outcomes categorized to Proctor’s model	121
Quadro 4 – Síntese da avaliação do MSCEC e do processo de implementação	225
Quadro 5 – Critérios obrigatórios para a admissão à candidatura do supervisor clínico	241
Quadro 6 – Critérios de ponderação para a seriação da candidatura do supervisor clínico	241
Quadro 7 – Critérios de ponderação da candidatura do supervisor clínico	242
Quadro 8 – Generic supervision competencies	250

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico 1 – Evolução do número total de enfermeiros de 2000 a 2011	63
Gráfico 2 – Evolução do número de enfermeiros de 2000 a 2011	65
Gráfico 3 – Evolução do número de enfermeiros generalistas de 2000 a 2011	65
Gráfico 4 – Evolução do número de enfermeiros especialistas de 2000 a 2011	66

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela 1 – Média e desvio padrão relativamente à idade e ao tempo de serviço dos enfermeiros	62
Tabela 2 – Características sociodemográficas dos enfermeiros	63
Tabela 3 – Regularidade de contacto com o enfermeiro supervisor clínico, sessões de S.C., local e duração das sessões.....	67
Tabela 4 – Respostas dos enfermeiros à versão portuguesa da MCSS [®] nos dois momentos de recolha de dados.....	68
Tabela 5 – Mediana, percentil 25 e 75 relativos à idade e ao tempo de serviço dos enfermeiros supervisionados.....	196
Tabela 6 – Características sociodemográficas dos enfermeiros supervisionados	196
Tabela 7 – Respostas dos enfermeiros supervisionados à versão portuguesa da MCSS [®]	199

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1 – Problem-solving and research cycles in action research	43
Figura 2 – The dual imperatives of action research	45
Figura 3 – Representação esquemática do desenho do estudo	49
Figura 4 – Representação esquemática do modelo utilizado na análise de conteúdo	83
Figura 5 – Representação esquemática do tema ' <i>perspetivas sobre SCE</i> '	88
Figura 6 – Distinctions between practice and academic-based inquiry	110
Figura 7 – Representação esquemática do tema ' <i>relevância da SCE</i> '	117
Figura 8 – The purpose of clinical supervision	121
Figura 9 – Representação esquemática do tema ' <i>condições para a SCE</i> '	123
Figura 10 – Representação esquemática do tema ' <i>enfermeiro supervisor clínico</i> ' ..	129
Figura 11 – The main aspects of professional competence	136
Figura 12 – Representação esquemática do tema ' <i>procedimentos de SCE</i> '	139
Figura 13 – Representação esquemática dos temas e categorias do (des)conhecimento do fenómeno da SCE	143
Figura 14 – Representação esquemática do MSCEC	165
Figura 15 – Representação esquemática do processo de avaliação	186
Figura 16 – Representação esquemática do tema ' <i>condições para a SCE</i> '	226
Figura 17 – Representação esquemática do tema ' <i>enfermeiro supervisor clínico</i> ' ..	236

Figura 18 – Representação esquemática do tema ' <i>estratégias de implementação do MSCEC</i> '	255
Figura 19 – Clinical supervision for your organization – the Lynch model of implementation	257
Figura 20 – Representação esquemática do tema ' <i>procedimentos da SCE</i> '	263
Figura 21 – Representação esquemática do tema ' <i>contributos do MSCEC</i> '	268
Figura 22 – Representação esquemática do tema ' <i>sugestões</i> '	285

ÍNDICE

	p.
NOTA INTRODUTÓRIA	29

PARTE I – A NECESSIDADE DE UM MODELO DE SCE

CAPÍTULO I – SCE: PROBLEMÁTICA CENTRAL	33
1.1 – JUSTIFICAÇÃO E CONTEXTO DO ESTUDO	33
1.2 – PERGUNTA DE PARTIDA E FINALIDADE	39
1.3 – PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO	40
1.4 – INVESTIGAÇÃO - AÇÃO	41
1.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
1.6 – DESENHO DO ESTUDO	46

PARTE II – A EMERGÊNCIA DE UM MODELO EM SCE:

CONCETUALIZAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

CAPÍTULO II – TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA MCSS[®]	53
2.1 – FINALIDADE E OBJETIVOS	53
2.2 – TIPO DE ESTUDO	54
2.3 – EQUIVALÊNCIAS: CONCETUAL E SEMÂNTICA	54
2.4 – VALIDADE DE CONTEÚDO	55
2.5 – CONTEXTO DA PESQUISA	56
2.6 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	58

2.7 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	60
2.8 – RECOLHA DE DADOS	60
2.9 – ESTUDO EMPÍRICO TESTE-RETESTE	61
2.10 – TRATAMENTO DE DADOS	61
2.11 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	62
2.11.1 – <i>Caracterização da Amostra</i>	62
2.11.2 – <i>Versão Portuguesa da MCSS[®]</i>	67
2.12 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
2.13 – SÍNTESE	76
CAPÍTULO III – FASE I – DO AD HOC A UM MODELO DE SCE EM USO: (DES)CONHECIMENTO DO	
FENÓMENO	77
3.1 – OBJETIVOS	80
3.2 – PARTICIPANTES, MÉTODO E RECOLHA DE DADOS	81
3.3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
3.3.1 – <i>Caraterização dos Participantes</i>	85
3.3.2 – <i>(Des)conhecimento do Fenómeno</i>	86
3.3.2.1 – <i><u>Perspetivas sobre SCE</u></i>	88
3.3.2.2 – <i><u>Relevância da SCE</u></i>	116
3.3.2.3 – <i><u>Condições para a SCE</u></i>	123
3.3.2.4 – <i><u>Enfermeiro Supervisor Clínico</u></i>	128
3.3.2.5 – <i><u>Procedimentos de SCE</u></i>	139
3.4 – SÍNTESE DO (DES)CONHECIMENTO DO FENÓMENO	141

CAPÍTULO IV – FASE II - DO AD HOC A UM MODELO DE SCE EM USO: DESENVOLVIMENTO DO MODELO.....	147
4.1 – OBJETIVOS	147
4.1.1 – Formação em SCE	147
4.1.2 – Avaliação da Formação em SCE	150
4.1.3 – Apresentação e Análise dos Dados da Avaliação da Formação em SCE	151
4.2 – SELEÇÃO DOS SERVIÇOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO.....	152
4.3 – CONSTITUIÇÃO DO <i>FOCUS GROUP</i>	153
4.4 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO <i>FOCUS GROUP</i>	155
4.5 – DESENVOLVIMENTO DO MODELO	156
4.6 – EIXOS DO MSCEC	161
CAPÍTULO V – FASE III – DO AD HOC A UM MODELO DE SCE EM USO: OPERACIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO MSCEC.....	167
5.1 – OPERACIONALIZAÇÃO DO MSCEC	167
5.1.1 – Definição de Enfermeiro Supervisor Clínico	168
5.1.2 – Objetivos da SCE	168
5.1.3 – Pressupostos para a SCE.....	169
5.1.4 – Estrutura da SCE	170
5.1.5 – Critérios para a Seleção do Enfermeiro Supervisor Clínico	174
5.1.6 – Contrato de SCE.....	174
5.2 – ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO MSCEC.....	177

PARTE III – MSCEC: CONTRIBUTO PARA A EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO

CAPÍTULO VI – FASE IV – DO AD HOC A UM MODELO DE SCE EM USO: AVALIAÇÃO DO MSCEC, DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E DA MUDANÇA	183
6.1 – O PROCESSO DE AVALIAÇÃO	184
6.2 – OBJETIVOS	185
6.3 – EFEITOS DO MSCEC NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS SUPERVISADOS	187
6.3.1 – <i>População e Amostra</i>	191
6.3.2 – <i>Instrumento de Colheita de Dados</i>	191
6.3.3 – <i>Recolha de Dados</i>	194
6.3.4 – <i>Tratamento dos Dados</i>	195
6.3.5 – <i>Apresentação e Análise dos Dados</i>	195
6.3.5.1 – <u><i>Caraterização da Amostra</i></u>	196
6.3.5.2 – <u><i>Efeitos do MSCEC</i></u>	199
6.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	211
6.5 – EFEITOS DO MSCEC: DA IMPLEMENTAÇÃO À MUDANÇA NA PERSPETIVA DOS DIFERENTES ATORES	221
6.5.1 – <i>Participantes, Método e Recolha de Dados</i>	221
6.5.2 – <i>Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados</i>	222
6.5.2.1 – <u><i>Caraterização dos Participantes</i></u>	223
6.5.2.2 – <u><i>Efeitos do MSCEC e do Processo de Implementação</i></u>	223
6.5.2.2.1 – <i>Condições para a SCE</i>	226
6.5.2.2.2 – <i>Enfermeiro Supervisor Clínico</i>	236
6.5.2.2.3 – <i>Estratégias de Implementação do MSCEC</i>	255
6.5.2.2.4 – <i>Procedimentos de SCE</i>	263

6.5.2.2.5 – Contributos do MSCEC	268
6.5.2.2.6 – Sugestões	285
6.6 – SÍNTESE FINAL PARA A EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO	288
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	295

ANEXOS – Volume em suporte digital apensado à tese, dela fazendo parte integrante

NOTA INTRODUTÓRIA

A tese que se apresenta neste relatório toma por *core* o desenvolvimento de um modelo de supervisão clínica em enfermagem (SCE) que permita responder às exigências do exercício profissional dos enfermeiros, contribuindo para a melhoria da qualidade da sua prática profissional. Emergiu de um trajeto de investigação-ação que decorreu no Centro Hospitalar do Médio Ave E.P.E (CHMA), designadamente nas unidades de internamento de Medicina, Obstetrícia/Ginecologia/Bloco de Partos e Pediatria. Importa referir que também realizámos um estudo metodológico na Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E. (ULSM), de tradução, adaptação cultural e validação de um instrumento que avalia a eficiência e a eficácia da SCE disponibilizada – a Manchester Clinical Supervision Scale® (MCSS®), o qual foi realizado em várias unidades prestadoras de cuidados do Hospital Pedro Hispano (HPH), centros de saúde e unidade de convalescença.

Ao longo de todo o percurso, construiu-se o relatório sustentado na informação gerada pelos dados, fundamentalmente tendo por base as perspetivas dos participantes na investigação. Adotámos essencialmente o processo indutivo ao longo do trajeto percorrido.

As questões ligadas à supervisão clínica tornaram-se alvo dos nossos interesses em diferentes etapas tais como: a elaboração da dissertação de Mestrado, o Curso de Pós Graduação em SCE, os percursos de Investigação & Desenvolvimento em que estivemos envolvidos, a atividade letiva que realizámos e as publicações e apresentações nacionais e internacionais efetuadas neste âmbito.

Abreu, em 2007, referiu que, em Portugal, não era muito comum utilizar-se o termo ‘supervisão clínica em enfermagem’ e que três marcos importantes marcaram este processo, nomeadamente, “(...) o movimento da educação permanente, na década de 70; os estudos em matéria de qualidade e cuidados de enfermagem [e] os processos de certificação da qualidade” (p.181). Atualmente, a problemática encontra-se essencialmente ligada ao Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) da Ordem dos Enfermeiros (OE) - Lei 111/2009. Por esta via, os enfermeiros começaram a estar mais informados sobre a SCE

apesar dos escassos estudos existentes no nosso país, não obstante, existir investigação realizada ligada à orientação de estudantes, que, como é óbvio, centra-se na potencialização da qualidade e do sucesso do processo ensino-aprendizagem e não no centro da discussão em supervisão, que constituiu o nosso *trigger* para esta investigação – ‘a supervisão de profissionais’.

A organização da redação deste relatório está intimamente ligada com o que entendemos ser a melhor forma de expor sequencialmente aspetos que, muitas vezes, aconteceram em simultâneo. Assim, está de acordo com o faseamento do estudo realizado, dividindo-se em seis capítulos. No primeiro capítulo, aborda-se a problemática central do estudo, clarificando-se a sua justificação e o contexto onde decorreu, a sua finalidade, o paradigma de investigação adotado, a metodologia utilizada, as considerações éticas e finalmente o seu desenho. No segundo capítulo, procede-se à descrição do estudo metodológico de tradução, adaptação cultural e validação da MCSS®. No terceiro capítulo, dá-se a conhecer o diagnóstico de situação do CHMA relativamente ao (des)conhecimento do fenómeno da SCE. No quarto capítulo, descreve-se como se desenvolveu o modelo de SCE a implementar no CHMA, centrando-nos na definição dos seus propósitos e, no quinto, explicita-se a sua operacionalização e implementação. Finalmente, no último capítulo, destaca-se a avaliação do modelo, do processo de implementação e da mudança que resultou deste trabalho.

PARTE I – A NECESSIDADE DE UM MODELO DE SCE

CAPÍTULO I – SCE: PROBLEMÁTICA CENTRAL

A fundamentação teórica que suporta esta investigação baseou-se num conjunto de publicações de diversos autores considerados *experts* em supervisão e em SCE, constituindo uma plataforma credível na problematização da temática.

1.1 – JUSTIFICAÇÃO E CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo levado a cabo por Paunonen-Ilmonen em 1991 já evidenciava efeitos positivos da supervisão clínica na vontade e na liberdade de ação dos enfermeiros e o aumento das possibilidades para estes promoverem cuidados de qualidade.

Em 1998, Holm, Lantz e Severinsson sugeriram que existe uma associação entre os efeitos do grupo de supervisão e o desenvolvimento da identidade de enfermeiro pelos estudantes de enfermagem. Jerlock, Falk e Severinsson (2003) referem que a supervisão clínica tem por objetivo influenciar de uma forma positiva o processo de aprendizagem dos estudantes, promovendo e implementando o processo de tomada de decisão em enfermagem. Berggren e Severinsson (2003) citadas pelas mesmas autoras, afirmam que a transformação da teoria na prática, pela via da adoção da supervisão clínica, pode apoiar a tomada de decisão e o juízo clínico dos estudantes na prática de enfermagem. Dracup e Bryan-Brown (2004) afirmam que os preceptores clínicos e os mentores de carreira são a chave para o crescimento da profissão de enfermagem.

Butterworth e Woods (1998) citados por Hancox, Lynch, Happell e Biondo (2004), afirmam que a supervisão clínica é uma *major force* para aumentar os padrões e a qualidade dos cuidados. Walsh *et al.* (2003) referem que esta “(...) é um importante instrumento no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem” (p. 33). Envolve um processo de reflexão na, para e sobre a prática com o objetivo de a melhorar e de a desenvolver, obtendo maiores ganhos em saúde. Clough (2003) aponta que o aumento da qualidade dos cuidados aos clientes é o seu objetivo principal. Edwards *et al.* (2005) afirmam que é largamente aceite como um pré-requisito essencial para cuidados de enfermagem de

qualidade. Também Hyrkäs & Paunonen – Ilmonen (2001) concluíram que a supervisão influenciava a qualidade dos cuidados e que, por isso, podia ser considerada como uma intervenção que promove a qualidade na prática de enfermagem.

Por sua vez, Wood (2004) refere que a supervisão clínica pode ter um papel importante na prevenção do risco clínico. Carrol (2005) assegura que devido ao facto dos enfermeiros estarem sempre ou quase sempre presentes nas experiências dos clientes com as equipas de saúde, eles estão numa posição privilegiada, não só para detetarem erros e processos que não são seguros para os clientes, mas essencialmente para prevenirem as suas ocorrências. Vicent *et al.* (2000) citados por Wood (2004) alertam que as evidências sugerem que a minimização do risco clínico é influenciada pelo contexto ambiental e organizacional e que as estratégias de prevenção de incidentes ainda não foram suficientemente exploradas, pelo que devem ser foco da atenção de todos os profissionais. Cleary e Freeman (2005) referem ainda a propósito dos benefícios da supervisão clínica que:

“It can improve patient care, reduce errors, improve efficiency, enhance staff performance, and reduce burnout (Nicklin, 1997; Severinsson & Borgenhammar, 1997). Other benefits to staff include improved job satisfaction, enhanced integration of theoretical and practical knowledge, and increase confidence, self-esteem, and empathy (Arvidsson, Löfgren & Fridlund, 2001)” (p.490).

Jones (2003) afirma que a supervisão está relacionada com a segurança e com relações profissionais produtivas, pois, no estudo que realizou com um grupo de supervisão, concluiu que esta é uma forma efetiva para explorar assuntos relativos à prática profissional, permitindo aos enfermeiros, que não só aprendam uns com os outros, ofereçam apoio, reconheçam como os outros os veem e os apreciam como companheiros de trabalho, mas também controlar a preocupação e a ansiedade relativas às funções que exercem.

Segundo Hyrkäs e Lehti (2003), os efeitos da supervisão clínica na qualidade dos cuidados são um dos aspetos fundamentais na melhoria da qualidade e foram definidos como uma área alvo pela Organização Mundial da Saúde.

Buerhaus *et al.* (2007) referem que prestar cuidados a clientes hospitalizados é complexo e requer esforços coordenados das equipas de saúde. Williams (1996) afirma que

os profissionais estão mais preocupados com os benefícios do que com os custos, os dirigentes com o trabalho desenvolvido do que com os resultados e, por sua vez, os controladores financeiros estão mais empenhados em manter as pessoas dentro do orçamento previsto do que a torná-las eficientes. Lunney (2004) refere que as instituições de saúde e nomeadamente os hospitais são “(...) entidades burocráticas, cujo equilíbrio financeiro é o principal objetivo” (p.71).

Kleinman & Saccomano (2006) alertam que os serviços de enfermagem consomem uma larga fração do orçamento hospitalar e que conduzem os custos do hospital. De facto, as organizações de saúde devem continuar a prestar cuidados (cada vez mais complexos) de qualidade aos clientes, produzir ganhos em saúde e não aumentar os custos. Al – Mailam (2005) chama à atenção que os prestadores de cuidados de saúde são forçados a criar um balanço entre a qualidade dos seus serviços e a viabilidade financeira das suas instituições. Já em 2002, Thorsteinsson tinha concluído que os cuidados de enfermagem são uma componente vital dos cuidados de saúde e que podem ter um enorme impacto nos clientes.

Nestes cenários, existem inúmeras razões para que os enfermeiros desenvolvam atitudes positivas face às mudanças e levem a cabo intervenções que combinem não só decisões políticas mas também conhecimento clínico e enveredem esforços para cultivar oportunidades que possam moldar o crescimento futuro da prática de enfermagem (Domino, 2005). Autores como Hotchkiss e Sunderland (2004) afirmam que “(...) os enfermeiros mais experientes são muitas vezes os mais cautelosos, e são ainda também os mais respeitados pelos pares. Respeito, credibilidade clínica e o efeito de ‘papel de modelo’ são forças poderosas de qualquer estratégia de mudança” (p. 220). Neste contexto, o enfermeiro supervisor clínico é uma figura de destaque na promoção e garantia da melhoria contínua da qualidade que se quer financeiramente sustentável.

Conscientes que o desenvolvimento da prática é uma importante parte da prática de enfermagem, dado que nenhum serviço é completamente perfeito e capaz de identificar todas as necessidades e aspirações dos seus clientes (Nazarko, 2006), os enfermeiros enfrentam o desafio da saúde com o compromisso do desenvolvimento da qualidade dos cuidados que prestam aos cidadãos. “Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém

apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.140).

A importância da qualidade nos cuidados de saúde tem sido mais enfatizada nos últimos anos (Arries, 2006) e, pelo que temos vindo a expor, reconhece-se que os profissionais da saúde necessitam de apoio contínuo para manterem e melhorarem a prática, contribuindo, desta forma, para a qualidade que tanto se ambiciona. Neste sentido, a supervisão clínica tem sido vista como um mecanismo de suporte para tal, apesar da escassa investigação que avalie os seus resultados e os benefícios para os clientes (Barribal & While & Münch, 2004). Continua a ser premente o investimento nesta área, tal como refere Sloan e Watson (2001a) ainda há pouca pesquisa que documente com rigor os seus efeitos. Landmark, Hansen, Bjones e Bohler (2003) afirmam que a investigação realizada ainda é insuficiente para documentar os fatores que influenciam o desenvolvimento da competência supervisiva. Berggren e Severinsson (2003) reforçam a necessidade de haver mais investigação com objetivo de aumentar o conhecimento acerca dos aspetos centrais da supervisão.

Se por um lado, é consensual a necessidade de mais investigação em SCE, por outro, também é consensual que para a implementar é necessário que haja um compromisso pessoal por parte dos enfermeiros e um compromisso por parte das instituições com o intuito de assegurarem as condições necessárias para a sua efetividade e para que se possa realizar investigação nesta área. O National Health Service (NHS) (2006) alerta que:

“Clinical supervision can both empower and support those in practice but only if it is developed by clinical staff through them, as the process relies on those who are actively working in practice and have current experience. Clinical supervision involves a tripartite partnership between the supervisor, supervisee and the organization. If anyone of these fails to participate in, or actively sabotages clinical supervision, the supervisory process cannot be fully effective or demonstrably beneficial” (p.3).

Pelo conhecimento que tínhamos do Centro Hospitalar do Médio Ave E.P.E. sabíamos, à semelhança de tantas outras instituições no nosso país, que este tinha práticas supervisivas essencialmente centradas na orientação e no acompanhamento dos estudantes

de enfermagem em ensino clínico e no processo de integração de novos enfermeiros e/ou enfermeiros recém-chegados aos serviços e, que evoluir para um modelo de SCE era desejável. Cleary e Freeman (2005) referem que “(...) despite a decade of discussion about the potential benefits of clinical supervision, there continues to be concern about nurses’ understanding of clinical supervision and the pragmatics of implementing models of supervision appropriate to the profession, its specialty and locality” (p.492).

Por sua vez, Abreu (2007) afirma que: “Torna-se necessário desenvolver investigação centrada nas aprendizagens clínicas, modelos de supervisão clínica, condicionantes dos modelos de qualidade, experiências de tutoria e inteligência emocional em contexto clínico” (p.242), pelo que num cenário de compromisso com a qualidade, criou-se uma oportunidade para responder a um dos desígnios do Centro Hospitalar, nomeadamente, procurar melhorar a qualidade das práticas profissionais dos enfermeiros, através do desenvolvimento de um modelo de supervisão clínica em enfermagem sustentado nas necessidades dos seus intervenientes e, provavelmente, desta forma, aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos e obter ganhos em saúde, pelo que em conjunto com a instituição enveredámos num estudo de investigação – ação. Abreu (2007) alerta que “(...) dado o empenho na qualidade das práticas profissionais, seria de esperar o aparecimento sistemático de modelos de supervisão clínica (Butterworth *et al.*, 1996), até porque dificilmente os sucessivos modelos conseguem incorporar todos os elementos considerados essenciais numa determinada situação” (p.190).

O CHMA é um estabelecimento de “(...) direito público de natureza empresarial dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial” (CHMA, 2007, p.1), foi criado pelo Decreto - Lei nº. 50 – A/2007 de 28 de Fevereiro de 2007 e resultou da fusão do Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso com o Hospital São João de Deus E.P.E., que são internamente designadas por Unidade Hospitalar de Santo Tirso (UST) e Unidade Hospitalar de Vila Nova de Famalicão (UVNF), respetivamente. A sua área de influência direta, no contexto do Serviço Nacional de Saúde, corresponde aos concelhos de Santo Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão.

No final de 2007, a lotação do CHMA era de 301 camas em que 187 pertenciam à UVNF e 114 pertenciam à UST (<http://www.chma.pt>).

O CHMA tem como missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, com qualidade e eficiência, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais, com um nível de qualidade, efetividade e eficiência elevadas” (CHMA, 2008, p.2). Possui uma Comissão de Humanização e Qualidade de Serviços que tem como objetivo geral: “Contribuir para uma maior humanização e qualidade nos cuidados prestados aos cidadãos pelos serviços públicos de saúde bem como no seu atendimento” (CHMA, 2008, p.10). São competências desta comissão o estudo e a proposta de estabelecimento de padrões de qualidade, bem como a avaliação das várias dimensões da qualidade (Idem).

Sistematizando, o CHMA, que se tornou no parceiro ideal para a realização do estudo, reuniu requisitos fundamentais para o trajeto de investigação-ação, tais como:

- ser uma instituição com práticas supervisivas que necessitavam de reformulação por estarem essencialmente focalizadas nos estudantes e/ou na integração de profissionais, o que era deveras redutor e inibidor das potencialidades da SCE;
- ser uma instituição interessada e sensibilizada para a problemática da SCE. Financiou no passado, a alguns dos seus enfermeiros, o Curso de Pós Graduação em SCE;
- ser uma instituição com uma política da qualidade, tendo uma comissão responsável pela humanização e qualidade dos serviços prestados aos cidadãos;
- ser uma instituição que disponibilizasse condições para promover o desenvolvimento e a efetividade da implementação de um modelo de SCE.

1.2 – PERGUNTA DE PARTIDA E FINALIDADE

Da revisão teórica da problemática em estudo emergiram ideias estruturantes que nos levaram a formular a seguinte pergunta de partida:

- Quais os efeitos da implementação do modelo de supervisão clínica desenvolvido para sustentar a prática profissional dos enfermeiros?

Admitimos que uma vez desenvolvido e testado um modelo de SCE e avaliado o processo de implementação e a mudança operada, estaremos na posse de mais informação e de melhores condições para tornar os enfermeiros mais aptos para o seu exercício profissional e, desta forma, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos, dando a visibilidade óbvia que a profissão merece, pelo que este estudo teve por finalidade:

Contribuir para a melhoria da qualidade da prática profissional dos enfermeiros, através do desenvolvimento de um modelo de SCE que responda às exigências do seu exercício profissional.

A complexidade do estudo que quisemos desenvolver levou-nos ao planeamento de várias fases para a sua concretização. Um conjunto de questões orientadoras conduziu-nos durante a pesquisa, nomeadamente:

- Qual o modelo de SCE que melhor sustenta a prática profissional, permitindo aos enfermeiros desenvolver a sua perícia no exercício profissional?
- Quais os efeitos da implementação desse modelo de SCE?
- Qual a relação entre a implementação desse modelo de SCE e:
 - As respostas ao stresse dos enfermeiros?
 - Os recursos de *coping* que os enfermeiros utilizam?
 - As capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros?

1.3 – PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO

A definição de paradigma está associada ao filósofo e historiador das ciências Thomas Kuhn. Kuhn citado por Monti e Tinggen (1999) refere que um paradigma é definido como o conjunto de aspetos de uma dada disciplina que são partilhados pela respetiva comunidade, o que releva para as respostas mais importantes que se colocam à disciplina mas também orienta o modo como os cientistas devem fazer investigação.

Segundo Guba e Lincoln (1998), um paradigma pode ser distinguido pela resposta a questões relativas aos posicionamentos – ontológico (perceber a natureza da realidade investigada), epistemológico (perceber os modelos de interação entre o investigador e o investigado) e metodológico (perceber como se realiza a aproximação à realidade).

No nosso estudo, partimos do pressuposto de que é possível desenvolver um modelo de SCE que possa ser testado na prática e que sustente as exigências do exercício profissional dos enfermeiros. A construção deste conhecimento requer uma postura e um envolvimento ativo da investigadora com os enfermeiros de um contexto dos cuidados de saúde definido, com o propósito de: descrever o modelo em uso de SCE, definir estratégias de mudança na SCE de acordo com a evidência nesta área, desenvolver um modelo adequado e proceder à avaliação dos resultados. Neste sentido, o paradigma construtivista tornou-se óbvio e baseou-se no facto que aquilo que pode ser conhecido da realidade são as construções que a investigadora e os enfermeiros intervenientes no estudo fazem dessa mesma realidade.

Do ponto de vista epistemológico, assumimos que a investigadora não é neutra e está subjetiva e interactivamente envolvida com o que pretende conhecer. Do ponto de vista metodológico, a investigadora necessita envolver-se no processo de investigação e na mudança simultaneamente. Neste contexto, as opções metodológicas adotadas devem ser adequadas, não só à desocultação do que se pretende conhecer, mas também ao lidar com os dados que emergem do processo de mudança nas práticas supervisivas num determinado contexto, pelo que, numa perspetiva construtivista, tal como refere Silva (2006) “(...) se assume que o objeto de estudo e o investigador não são entidades independentes, nem as variáveis são passíveis de controlo e manipulação” (p.41).

1.4 – INVESTIGAÇÃO - AÇÃO

Na investigação, como na prática, os investigadores em enfermagem utilizam abordagens específicas para produzirem conhecimento relativo a questões particulares e a problemas que surgem no seu dia-a-dia. Neste sentido, existem múltiplos desafios e oportunidades para a IA, dado o seu contributo simultâneo na construção do conhecimento e na solução de problemas.

A IA teve origem nas ciências sociais após as mudanças sociais que ocorreram na II Guerra Mundial e foi Kurt Lewin (1947) que desenvolveu este método no Research Center for Group Dynamics - University of Michigan (Baskerville & Myers, 2004). Segundo Silva (2006), esta é particularmente adequada na resolução de problemas de enfermagem e Chiasson, Germonprez e Mathiassen (2008) referem que interliga a teoria e a prática através de um processo que é cíclico e frequentemente iterativo (Baskerville & Myers, 2004).

Por sua vez, Sousa (2006) descreve que:

“O papel do investigador centra-se na transferência do conhecimento ao grupo que é sujeito e objeto da investigação dando-lhes a possibilidade de esclarecer a sua prática e as suas relações com o resto do sistema social. São os atores do sistema que têm a chave da solução do problema e as hipóteses do investigador só serão úteis se forem compreendidas, aceites e reconhecidas pelo grupo” (p.128).

Esta metodologia requer do investigador atenção constante e competências que lhe permitam gerir os dois objetivos ao mesmo tempo – alcançar o conhecimento prático e o teórico (Avison, Baskerville & Myers, 2001), o que poderá tornar-se difícil, visto ter de gerir as próprias perspetivas do grupo interveniente na IA. Ao participarem, os atores têm os seus objetivos e metas a atingir, pelo que quando são comuns, provavelmente poucos conflitos ocorrerão durante o processo, quando tal não acontece, pode ser complicado lidar com as diferenças e conseguir um conjunto coerente de atividades focalizadas quer na investigação, quer na resolução dos problemas. Na opinião de Marshall e McKay (2006), este é “(...) a significant challenge for those leading action research projects” (p.7).

O estudo que pretendíamos desenvolver necessitava de uma metodologia em que fosse possível fazer um diagnóstico de situação e encontrar soluções eficazes para a prática da supervisão clínica em enfermagem. Baskerville e Myers (2004) sugerem que:

“(...) the underlying philosophy shared by most forms of action research is pragmatism. (...) [It] concentrates on asking the right questions, and getting empirical answers to those questions. On its own it does not explain very much, but provides a method to help explain why things work (or why they do not work)” (p.331).

A opção pela IA permitia-nos dar resposta às necessidades que tínhamos enquanto interesse na investigação e permitia simultaneamente evoluir para uma solução relativamente às práticas supervisivas do CHMA. Acresce a este facto que, tem um conjunto de características adequadas ao desenvolvimento do estudo, designadamente, uma ação e uma orientação para a mudança, a identificação de um problema, a colaboração entre os participantes (Baskerville, 1999) e, segundo Alarcão e Tavares (2003), acresce o impulso democrático, característico da IA. De acordo com estes autores, o valor formativo da IA e a formação em contexto de trabalho tem sido cada vez mais enfatizado, pelo que frequentemente se usa o trinómio investigação – formação – ação. Na base desta designação, está o pressuposto que se se refletir e concetualizar sobre a experiência profissional, esta abordagem terá um enorme valor formativo, para além de que a compreensão da realidade, cerne da aprendizagem, é resultado dos sujeitos enquanto observadores participantes implicados e ainda que o estímulo da formação nos profissionais adultos provém do desejo de resolver problemas do seu dia-a-dia.

A IA permitiu o envolvimento dos enfermeiros no processo de investigação, onde a investigadora funcionou como agente e estímulo para a mudança, pelo que tal como McKay e Marshall (2001) preconizam, esta, teve uma dupla finalidade, nomeadamente, “(...) bring out improvements through making changes in a problematic situation, and must also aim to generate new knowledge and new insights as a result of [the researcher] activities” (p.50), tornando-se numa estratégia de ganha – ganha para todos e resultando em *win-win outcomes* (McKay & Marshall, 2001).

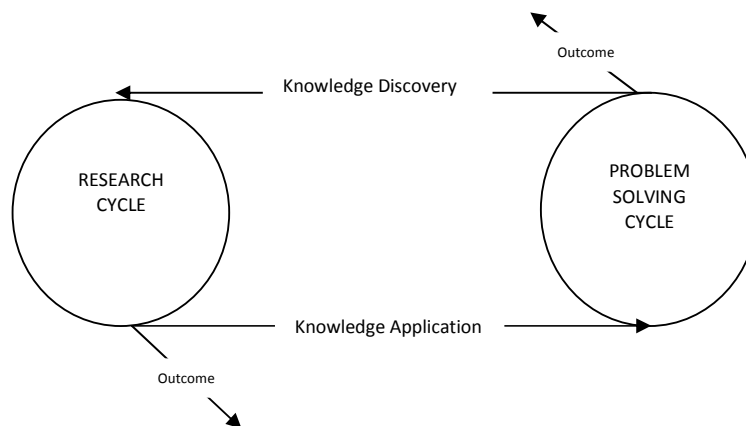
Segundo Baskerville e Wood-Harper (1998) existem diferentes maneiras de organizar o processo cíclico da IA. No entanto, o modelo de Susman e Evered (1978) adota uma

abordagem chamada IA canónica. Segundo Chiasson *et al.* (2008), esta inclui um ou mais ciclos de:

- “(1) diagnosing (identifying or defining a problem);
- (2) action planning (considering alternative courses of action for problem – solving);
- (3) action taking (selecting and executing a course of action);
- (4) evaluating (studying the consequences of the action; and
- (5) specifying learning (identifying general learning” (p.34).

Estes autores sistematizaram o modelo geral da IA na representação esquemática que se segue e que evidencia que o ciclo da investigação se centra nos *outcomes* da investigação e o ciclo da resolução de problemas nos *outcomes* práticos.

Figura 1 – Problem-solving and research cycles in action research



(Fonte: Chiasson *et al.*, 2008, p.35)

Os autores enfatizam que os ciclos são conceitualmente independentes e que os investigadores se envolvem numa ou em mais atividades destes ciclos, “(...) which are intrinsically related and often difficult to distinguish” (p.36). Este carácter colaborativo da IA e que foi por nós adotado permitiu a conexão entre a teoria e a prática facilitadora da interação entre a investigadora e os enfermeiros do contexto do estudo através de um processo de natureza cíclica.

Oates (2002) citado por Cronholm e Goldkuhl (2003) alerta que “(...) research should be performed with people, not on or about people” (p.2) e Baskerville e Myers (2004)

afirmam que “(...) there must be a collaborative team involved in reasoning, action formulation, and action taking” (p.333) para que se consiga atingir o que se pretende.

Segundo Marshall e McKay (2006), a IA pode ser concetualizada como dois conjuntos interdependentes de atividades – ‘a problem solving activity’ ((a) na figura 2) e a ‘research activity’ ((b) na figura 2), pelo que assumindo-a como um processo cíclico duplo procurámos, ao longo do trajeto percorrido, focalizar a nossa atenção no interesse da IA, na resolução dos problemas identificados nas práticas supervisivas em uso no contexto, bem como na evolução do conhecimento em SCE.

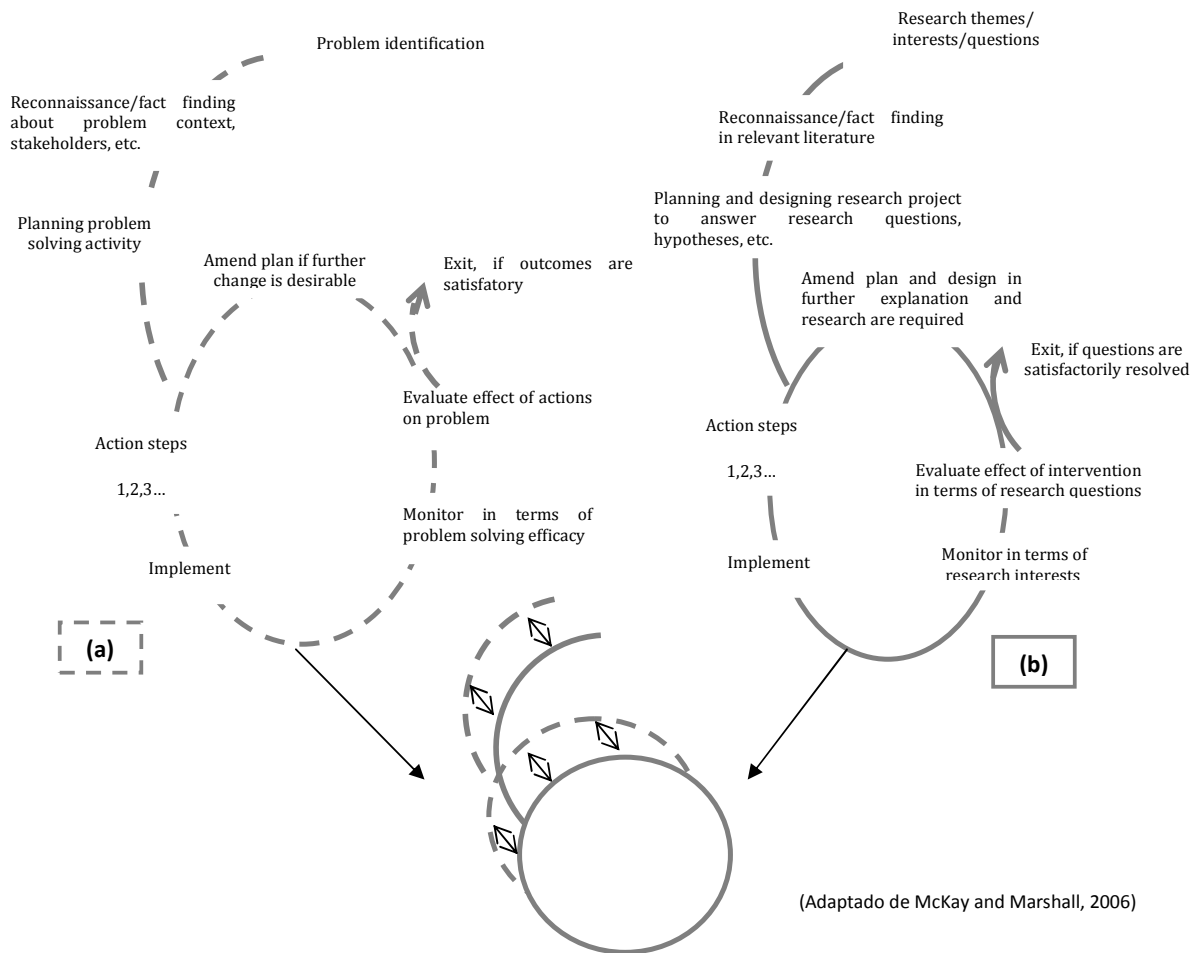
Este posicionamento permitiu contrariar algumas das críticas mais frequentes desta metodologia que, segundo Chiasson *et al.* (2008), incluem:

“(...) lack of impartiality and methodological discipline leading to a form of reporting bias, goal dilemmas which collapse the study into consultancy and the potential context-dependency of results which may prevent generalization of findings (Baskerville & Wood-Harper, 1998). For each dilemma, researchers need to constantly balance a concern for the practical problem and their research interests” (p.35).

Neste estudo, é possível recolher contribuições eminentemente práticas dos enfermeiros envolvidos, no que diz respeito ao processo supervisivo em uso, bem como no que se refere ao âmbito teórico de enfermagem, pelo desenvolvimento de um modelo que seja um verdadeiro guia para esse mesmo processo e pela descrição do impacto da mudança realizada.

Baskerville e Myers (2004) afirmam que “(..) action researchers bring knowledge of action research and general theories, while clients bring situated, practical knowledge” (p.330).

Figura 2 – The dual imperatives of action research



1.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O respeito pelos princípios éticos esteve sempre subjacente a todo o trabalho desenvolvido. Relativamente às Instituições onde foi feita a investigação, nomeadamente, ULSM E.P.E. e CHMA E.P.E. foram solicitadas as suas autorizações para a colheita de dados (ver anexos 1 e 2 respetivamente).

No que se refere às técnicas de recolha de dados, designadamente os questionários e as escalas utilizadas, foi solicitado aos autores a sua autorização. Neste sentido, foi adquirida a licença da MCSS[®] (ver anexo 3) para a tradução, a adaptação cultural, a validação para a população portuguesa e sua utilização na última fase do estudo. No que se refere à

utilização do IRRP[®] e da EVBCIE[®], foram solicitadas as autorizações aos autores (ver anexos 4 e 5 respetivamente). No caso específico da EVBCIE[®], foi também solicitada a autorização ao autor que validou a escala para a população de enfermeiros (ver anexo 6). No que se refere às entrevistas, solicitou-se aos participantes a sua autorização para as realizar bem como para as gravar em suporte áudio.

Garantiu-se o anonimato e a confidencialidade dos intervenientes e foi sublinhado o carácter voluntário da participação dos enfermeiros.

1.6 – DESENHO DO ESTUDO

O estudo foi organizado em várias fases que se interligaram de modo a que a pesquisa fosse evoluindo de acordo com o seu propósito *major*, o desenvolvimento de um modelo de SCE que melhor sustentasse a prática profissional dos enfermeiros na realidade dos cuidados de saúde da instituição parceira - CHMA. Assim, obedeceu ao seguinte planeamento:

- Fase Preliminar: **Tradução, adaptação cultural e validação da Manchester Clinical Supervision Scale[®] (MCSS[®])**

Para efeitos deste estudo, considerámos uma fase preliminar, não obstante imprescindível, que decorreu da necessidade da utilização de um instrumento credível que nos permitisse avaliar a SCE disponibilizada aos enfermeiros inerente ao modelo desenvolvido e testado. Iniciámos o estudo metodológico de tradução, adaptação cultural e validação da MCSS[®] de modo a utilizá-la nos questionários preenchidos pelos enfermeiros na última fase do estudo.

- Fase I – **Do *Ad Hoc* a um Modelo de SCE em Uso: (des)conhecimento do fenómeno**

Esta foi uma fase essencialmente de carácter exploratório. Entrevistámos todos os enfermeiros chefes ou responsáveis pelas unidades do CHMA, num total de 18

entrevistas, com o intuito de conhecermos aprofundadamente as práticas supervisivas em uso na instituição.

Numa segunda etapa desta fase, aplicámos um questionário a todos os enfermeiros que estavam na prestação de cuidados do CHMA, constituído por várias dimensões. O IRRP[®] e a EVBCIE[®] estiveram incluídos neste instrumento e permitiram-nos obter uma ‘fotografia’ dos itens que avaliam na população escolhida, com o intuito de a podermos comparar com a última fase do estudo, dado que também aí foram aplicados.

- Fase II – Do *Ad Hoc* a um **Modelo** de SCE em Uso: **desenvolvimento do modelo**

A segunda fase, centrou-se no desenvolvimento do modelo de SCE. Este foi elaborado após a realização de sessões de formação aos enfermeiros sobre a temática e com o *focus group* que se formou, discutimos e desenvolvemos o modelo de SCE a implementar.

- Fase III – Do *Ad Hoc* a um **Modelo de SCE em Uso: operacionalização e implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC)**

Na terceira fase do estudo, implementou-se o Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC) durante seis meses em três unidades de internamento hospitalar do CHMA.

- Fase IV – Do *Ad Hoc* a um Modelo de SCE em Uso: **avaliação do MSCEC, do processo de implementação e da mudança**

Na quarta e última fase do estudo, realizámos entrevistas a diferentes participantes, de modo a podermos avaliar o modelo, o processo de implementação e a mudança operada na opinião dos diferentes atores. Assim, entrevistámos:

- Enfermeiro Diretor;
- Todos os enfermeiros chefes ou responsáveis das unidades de internamento onde o MSCEC foi implementado;
- Todos os enfermeiros supervisores clínicos das unidades de internamento onde o MSCEC foi implementado;
- Todos os enfermeiros supervisores clínicos major;
- Um enfermeiro supervisionado de cada serviço de internamento onde o MSCEC foi implementado.

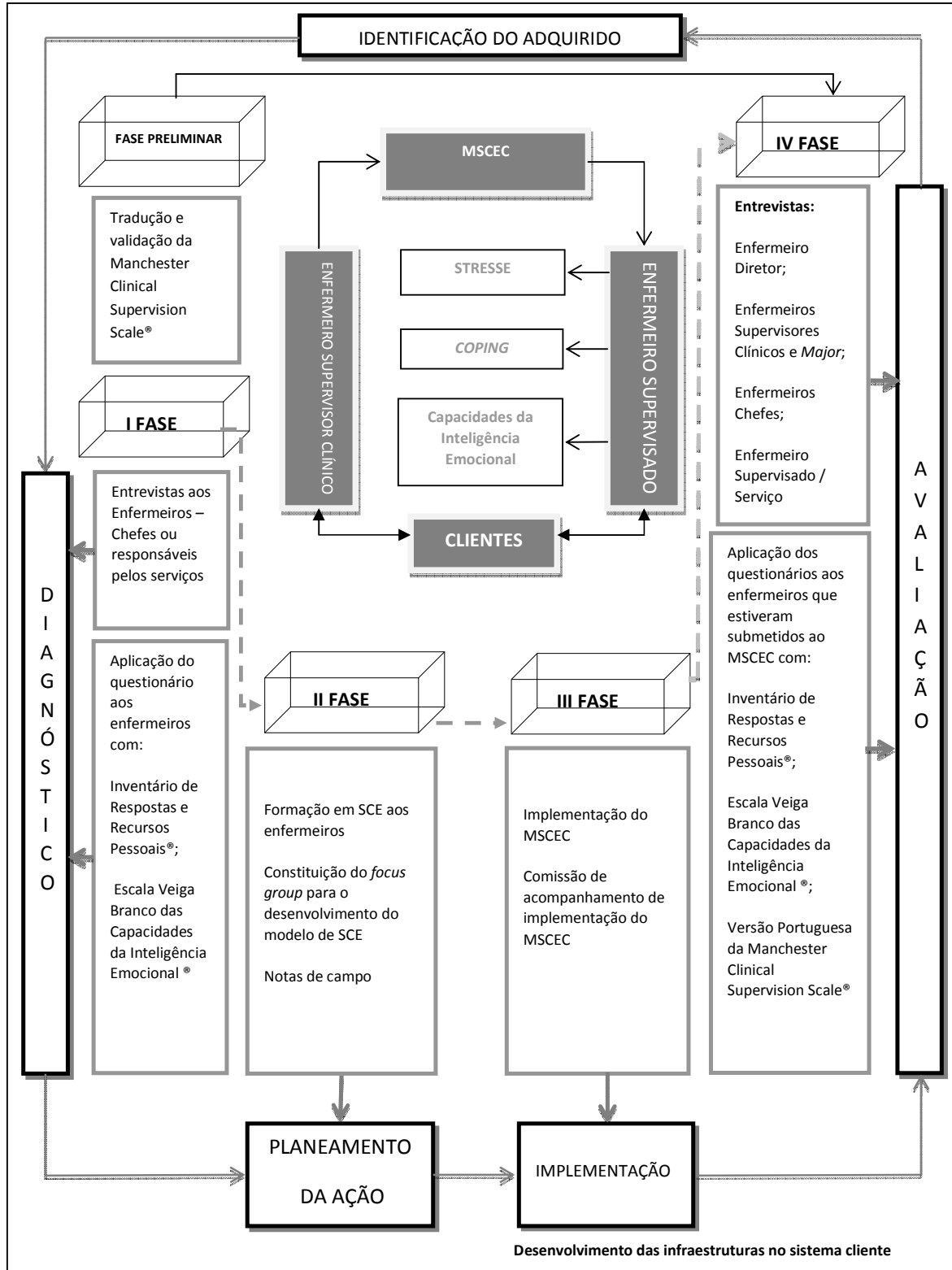
Para além das entrevistas, aplicámos um questionário a todos os enfermeiros supervisionados que estiveram submetidos ao modelo, constituído por várias partes, nomeadamente: na primeira parte, fez-se a caracterização sociodemográfica dos sujeitos em estudo; na segunda parte, avaliou-se a SCE disponibilizada pelo MSCEC através da versão portuguesa da MCSS[®]; na terceira parte, incluiu-se o IRRP[®] e na quarta parte, a EVBCIE[®].

Na figura 3, representa-se esquematicamente o desenho do estudo, realçando o ciclo de investigação-ação, as diferentes fases já expostas e as abordagens que as integraram.

Importa realçar que a estrutura geral desta tese está de acordo com o planeamento das fases constituintes do estudo.

Os capítulos que se seguem apresentam as opções metodológicas que adotámos em virtude das perguntas que nortearam a investigação e a finalidade descrita.

Figura 3 – Representação esquemática do desenho do estudo



(Adaptado de Baskerville, 1999)

***PARTE II – A EMERGÊNCIA DE UM MODELO EM SCE:
CONCETUALIZAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO***

CAPÍTULO II – TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA MCSS[®]

Considerámos uma fase preliminar ao estudo principal, que se caracterizou pelo trabalho metodológico de tradução, adaptação cultural e validação da MCSS[®] e que emergiu da necessidade de avaliação, na última fase do estudo, dos efeitos da SCE após a implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC). Esta fase decorreu desde outubro de 2007 a agosto de 2008.

A MCSS[®] foi desenvolvida no Reino Unido, testada na Austrália (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlerchner & Paunonen-Ilmonen, 2003), traduzida para outras línguas diferentes da original em inglês e usada em mais de 80 estudos, que avaliaram a supervisão clínica e que foram realizados em diferentes continentes. É composta por 36 itens, com uma escala de tipo Likert (1-5) que varia entre o ‘discordo totalmente’ e o ‘concordo totalmente’. É constituída por 7 subescalas: *‘confiança’*; *‘aconselhamento/apoio do supervisor’*; *‘desenvolvimento dos cuidados e das competências’*; *‘importância/valor da supervisão clínica’*; *‘tempo’*; *‘assuntos pessoais e reflexão’*.

Os objetivos da MCSS[®] vão desde “(...) avaliar a eficiência e a satisfação com a supervisão disponibilizada na perspetiva do supervisionado, até investigar o aspeto da aquisição de competências em supervisão clínica e os efeitos na qualidade dos cuidados” (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlerchner & Paunonen-Ilmonen, 2003, p. 360). Esta escala foi desenvolvida para se avaliarem estes aspetos do processo supervisão.

2.1 – FINALIDADE E OBJETIVOS

A ausência de instrumentos que avaliem a SCE tem dificultado a compreensão da realidade do exercício profissional, o que não é compatível com o desenvolvimento da enfermagem atual. O estudo metodológico que apresentamos de seguida teve por finalidade traduzir, adaptar culturalmente e validar um instrumento que avalie a SCE disponibilizada aos enfermeiros portugueses e, desta forma, permitir a melhoria da qualidade do processo supervisão.

Após a explicitação da finalidade, torna-se importante referenciar os objetivos do estudo. Assim, foi nossa pretensão:

- Traduzir a MCSS[®] da língua inglesa para a língua portuguesa de Portugal;
- Efetuar a adaptação cultural da MCSS[®];
- Validar a versão portuguesa da MCSS[®].

2.2 – TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo refere-se à descrição da estrutura utilizada. Desta forma, tratou-se de um estudo metodológico, em que se usou a MCSS[®], desenvolvida em 2000 por Julie Winstanley (Director, Osman Consulting Pty Ltd, Associate Professor in Biostatistics and Head of Research and Statistics, Melanoma Institute Australia, University of Sydney, Australia), traduziu-se, adaptou-se culturalmente e validou-se o instrumento da língua inglesa para a língua portuguesa de Portugal.

Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2002) preconizam a utilização de etapas metodológicas para a adaptação cultural de instrumentos de medida na área da saúde, nomeadamente: tradução; síntese das traduções; retrotradução; síntese das retrotraduções; painel de peritos e, finalmente, pré-teste.

2.3. – EQUIVALÊNCIAS: CONCETUAL E SEMÂNTICA

Respeitando as etapas metodológicas definidas, solicitou-se a tradutores bilingues, profissionais, independentes que efetuassem a tradução da escala da língua inglesa para a língua portuguesa de Portugal e, de seguida, traduzissem a versão portuguesa para a língua inglesa novamente. “O processo de tradução lida necessariamente com a tradução dos significados comuns. Mas, por vezes, o processo torna-se difícil porque muitas línguas têm várias versões (ignorando os dialetos, calão e diferenças de sotaque)” (Hill & Hill, 2005, p.80). É de extrema importância que os tradutores sejam fluentes em ambas as línguas e possuam um conhecimento aprofundado de ambas as culturas. O tradutor cuja língua nativa foi o da versão original do instrumento e que fez a retrotradução não conhecia a escala

original. Foi elaborada a versão final da retrotradução que foi submetida à apreciação da autora do instrumento. Este é um passo fundamental na avaliação da equivalência semântica e conceitual.

2.4 – VALIDADE DE CONTEÚDO

Decorrida esta etapa, foi necessário estimar a validade de conteúdo da versão portuguesa da MCSS[®]. Conforme recomendado pela literatura, e de modo a diminuir a possibilidade de erros de tradução e aumentar o rigor do trabalho, as traduções foram comparadas e analisadas por um painel de peritos, que foi escolhido pelo método de seleção intencional. O perfil profissional e a *expertise* em SCE legitimaram a escolha dos elementos. “Os especialistas na área de conteúdo são frequentemente chamados para analisar a adequação dos itens em representar o universo hipotético do conteúdo nas proporções corretas” (Polit, Beck & Hungler, 2004, p.292).

O painel foi constituído por três peritos:

- Professor Doutor Wilson Abreu – Coordenador da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP); Membro da Comissão Científica do programa de doutoramento da Universidade de Lisboa; Professor convidado da Universidade de Aveiro, no âmbito dos Cursos de Mestrado e de Doutoramento em Supervisão e Didática; Professor convidado de várias universidades nacionais e estrangeiras; Autor reconhecido com inúmeros livros editados e publicações internacionais em supervisão clínica.
- Professora Doutora Margarida Reis Santos – Coordenadora do Curso de Pós Graduação em SCE e do Curso de Mestrado em SCE da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP); Coordenadora Institucional do projeto internacional ‘Learning During Education and in the Clinical Field’ (Programa Leonardo da Vinci), financiado pela União Europeia; Autora de diversas publicações na área da supervisão clínica.

- Professora Conceição Abrunhosa – Coordenadora do Curso de Pós Graduação em SCE da ESEP no ano letivo de 2006 - 2007.

Ao painel de peritos, foi solicitado que avaliassem a versão portuguesa no que se referia ao conteúdo do instrumento, às palavras e às expressões utilizadas com o intuito de ajuizarem se estas seriam aceites e corretamente percebidas pelos enfermeiros portugueses, pelo que este painel teve como propósito elaborar a versão que pudesse ser aplicada no pré teste. Este foi feito numa população idêntica à do estudo para verificarmos se os enunciados das afirmações da escala estavam escritos de uma forma objetiva e se recolhiam o tipo de informação pretendida. Através do pré-teste concluiu-se que não era necessário alterar qualquer item do instrumento.

2.5 – CONTEXTO DA PESQUISA

Dada a carência de instituições de saúde em Portugal que tivessem um sistema formal de SCE implementado, foi necessário ponderar minuciosamente a escolha do local para efetuar a colheita de dados. Os pressupostos que estiveram na base do critério de escolha relacionaram-se com a necessidade da instituição evidenciar uma política da qualidade e um investimento na área da SCE através da sua documentação, não só no que se referia às funções que os enfermeiros devem desempenhar mas também à formação feita pelos seus profissionais nesta área específica em colaboração com outras entidades.

A ULSM emerge naturalmente como o contexto que reuniu as condições ideais para a realização do estudo. Esta instituição foi criada através do Decreto - Lei nº. 207/99 de 9 de Junho. É um “(...) estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial (...)” (p.3258). Tem por atribuições a prestação de cuidados de saúde à população da área geográfica da sua influência e tem por missão:

“Satisfazer todas as necessidades em saúde à população do Concelho de Matosinhos, assumindo a integração dos diferentes níveis, desde a educação para a saúde e dos autocuidados, aos tratamentos continuados e paliativos e à referência para outros níveis da rede hospitalar” (<http://www.ulsm.pt>).

É constituída por várias unidades de prestação de cuidados, nomeadamente: os centros de saúde, o Hospital Pedro Hispano – HPH e a unidade de convalescença. Dispõe de um sistema de gestão da qualidade (SGQ) que está de acordo com as normas ISO e que permite o enquadramento favorável à melhoria contínua da qualidade, “(...) de modo a incrementar a probabilidade de aumentar a satisfação dos clientes, e das outras partes interessadas, transmitindo confiança à organização e aos seus clientes quanto à sua capacidade para prestar cuidados que cumpram, de forma consistente, os respetivos requisitos” (Idem). A política de qualidade instituída tem vindo a resultar, prova disso, são os vários prémios atribuídos à instituição ao longo dos anos.

O investimento da instituição em supervisão clínica foi notório. No documento interno de política da ULSM, aprovado pelo Conselho de Administração, boletim normativo nº. 226 (ULSM, 2005), cuja designação foi ‘Funções do Enfermeiro de Referência’, a instituição definia o perfil, a nomeação, as funções e a avaliação do enfermeiro que desempenhava este papel. Assim, para a ULSM, o enfermeiro de referência era:

“O enfermeiro mais diferenciado entre os elementos da equipa, normalmente com uma formação mais elevada. Está inserido na prestação de cuidados, sendo responsável desde a admissão até à alta por um grupo de utentes. Supervisiona os cuidados, é responsável pela continuidade dos cuidados, englobando o enfermeiro de família e a família, assim pelo cumprimento das normas e protocolos” (p.4).

Os aspetos sujeitos a avaliação deste enfermeiro eram:

- “A garantia do planeamento dos cuidados de enfermagem;
- A demonstração da capacidade para a motivação da equipa em processos de mudança;
- A demonstração da capacidade para supervisionar a execução e avaliação dos cuidados;
- A garantia do cumprimento das normas e protocolos do serviço e institucionais;
- A aceitação do doente como um ser holístico com problemas pessoais, familiares e/ou sociais;
- A garantia da articulação com a equipa multidisciplinar institucional e dos cuidados de saúde primários;
- A garantia do cumprimento dos direitos e deveres do doente” (Idem).

Para efeitos deste estudo, a figura do enfermeiro supervisor clínico a que a MCSS[®] se refere foi atribuída ao seu equivalente na ULSM – o enfermeiro de referência. A necessidade da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes bem como a preocupação com o apoio, acompanhamento e o suporte dos enfermeiros foi sempre uma constante na instituição.

A ULSM tem um protocolo de colaboração com a ESEP que perdura desde a sua criação. Neste sentido, o departamento de formação da ULSM solicitou à ESEP a realização de várias ações de formação centradas na orientação/acompanhamento de estudantes e na SCE (que a investigadora teve oportunidade de realizar). A frequência desta formação foi de âmbito voluntário dos enfermeiros, não obstante se ter constatado o facto de que as vagas para estas ações (num total de 35h) terem sido preenchidas rapidamente, ficando enfermeiros em lista de espera para as realizar.

As indicações da autora para a utilização da MCSS[®] foram por nós respeitadas. Contudo, só responderam ao questionário os enfermeiros supervisionados, isto é, apesar de a autora indicar que os enfermeiros supervisores também podiam responder à MCSS[®], assinalando para o efeito que eram enfermeiros supervisores clínicos, optámos por não lhes solicitar a colaboração, até para não haver a possibilidade de identificar, por via do questionário, o respondente.

2.6 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A literatura recomenda que, após o pré-teste, o investigador aplique a escala numa amostra maior para verificar as propriedades psicométricas do instrumento. Como a MCSS[®] é constituída por 36 itens de resposta e com o objetivo de conseguir uma amostra representativa, considerou-se, pelo menos, cinco respondentes por item e mais de 100 casos (Pais-Ribeiro, 2005). Assim, foi necessário solicitar à ULSM que nos disponibilizasse uma população de enfermeiros de, pelo menos, 400 indivíduos, de modo a que pudéssemos chegar ao fim da colheita de dados com, pelo menos, 180 questionários emparelhados, tal como aconteceu na tradução e validação da MCSS[®] para o finlandês (n=182) (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlerchner & Paunonen-Ilmonen, 2003). Foi-nos dada total colaboração por

parte da direção de enfermagem da ULSM, tendo esta selecionado as unidades prestadoras de cuidados com o intuito de poder dar resposta ao pretendido. As unidades escolhidas pertenceram aos centros de saúde, ao Hospital Pedro Hispano (HPH) e à unidade de convalescença, nomeadamente:

- Centros de saúde:
 - Centro de Saúde de Lavra;
 - Centro de Saúde de Matosinhos:
 - Centro Diagnóstico Pneumológico (CDP);
 - Unidade de Saúde Familiar (USF) Atlântida;
 - USF Horizonte;
 - USF Oceanos;
- Hospital Pedro Hispano:
 - Bloco de Partos;
 - Cirurgia B;
 - Cirurgia C;
 - Consulta Externa;
 - Ginecologia;
 - Medicina E;
 - Medicina M;
 - Neonatologia;
 - Neurocirurgia;
 - Obstetrícia;
 - Ortopedia;
 - Pediatria;
 - Unidade de Cuidados Intensivos A;
 - Unidade de Cuidados Intensivos B;
 - Urologia;
- Unidade de convalescença.

A população em estudo foi constituída por todos os enfermeiros que estiveram na prestação de cuidados, com exceção dos enfermeiros de referência (equivalente ao

enfermeiro supervisor clínico) das unidades selecionadas pela direção de enfermagem, num total de 401 enfermeiros. Obtivemos 230 questionários emparelhados, pelo que a taxa global de resposta foi de 57,3%. O número de questionários preenchidos foi de 230 que traduziu o número de indivíduos que responderam duas vezes ao instrumento de colheita de dados. Clarifica-se que a colheita de dados foi efetuada em dois momentos distintos (a segunda aplicação realizou-se uma semana após a primeira, não tendo sido permitido aos enfermeiros consultarem as respostas dadas ao primeiro questionário), pelo que ao primeiro momento de recolha de dados responderam 300 indivíduos, o que correspondeu a uma taxa de resposta de 74,8%. Ao segundo momento, responderam 259 indivíduos, pelo que a taxa de resposta foi de 64,6%. A perda de alguns elementos da população esteve essencialmente relacionada com a época de férias de verão em que ocorreu a recolha de dados.

2.7 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, composto por várias partes fundamentais (ver anexo 7), o que se revelou adequado à finalidade do estudo. A primeira, onde foram discriminadas as características sociodemográficas dos inquiridos, a segunda, onde foi possível caracterizar a sua opinião acerca de alguns aspetos da SCE disponibilizada na ULSM e, a última parte, onde se apresentou a versão portuguesa da MCSS[®].

2.8 – RECOLHA DE DADOS

A colheita de dados nas unidades prestadoras de cuidados selecionadas pela direção de enfermagem foi realizada durante os meses de julho e de agosto de 2008. Por serem várias unidades, a colheita de dados não foi realizada totalmente em simultâneo. O contacto direto e pessoal com todos os enfermeiros chefes ou responsáveis pelas unidades foi uma estratégia por nós adotada de modo a que pudéssemos aumentar a taxa de resposta ao questionário. Foram explicitados os objetivos do estudo, o preenchimento dos questionários e as datas das suas recolhas.

2.9 – ESTUDO EMPÍRICO TESTE-RETESTE

O estudo empírico com a utilização do desenho teste – reteste foi realizado de modo a estimar a relevância cultural da versão portuguesa da MCSS[®]. “As investigações de estabilidade são realizadas através de procedimentos de confiabilidade teste – reteste. O pesquisador administra a mesma medida, a uma amostra de pessoas, em duas ocasiões, e depois compara os *scores*” (Polit *et al.*, 2004, p.288).

Utilizamos uma abordagem quantitativa, de modo a conhecermos uma realidade, com recurso à avaliação e mensuração de opiniões e reações de um universo, através de uma amostra representativa, e de uma forma estatisticamente comprovada e significativa (Codato & Nakama, 2006). Como já referimos, obtivemos 230 questionários emparelhados e passamos a apresentar o tratamento estatístico dos dados.

2.10 – TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento dos dados foi realizado, utilizando as técnicas que mais se adequavam a cada caso. Optámos por utilizar o programa de análise estatística de dados SPSS[®] versão 17.0, pelo que, através da estatística descritiva, identificámos as características sociodemográficas dos enfermeiros, nomeadamente: sexo, idade, grau académico, categoria profissional, instituição onde desempenha funções, área de especialização em enfermagem, situação jurídica de emprego, tempo de permanência no mesmo serviço, tipo de horário de trabalho e acumulação de funções. Identificámos também algumas características inerentes à SCE disponibilizada na ULSM, nomeadamente: regularidade de contacto com o enfermeiro supervisor clínico, regularidade das sessões de supervisão clínica, local utilizado para as sessões e tempo de duração das sessões.

No que se refere às variáveis categóricas, apresentámos frequências absolutas (n), relativas (%), *Weight Kappa* (WK), erro padrão (EP) e o intervalo de confiança de 95% (IC). As variáveis contínuas foram descritas através das medidas de tendência central, média e desvio padrão (dp) quando a distribuição das variáveis foi simétrica, coeficiente de correlação intraclassa, EP e o IC. Foi também utilizado o coeficiente *alpha de Cronbach* (α)

nos vários momentos da recolha de dados para a totalidade da escala, bem como para cada subescala, de modo a podermos avaliar a consistência interna do instrumento e das subescalas que o compõem.

Efetuiu-se a análise fatorial, dado esta ser frequentemente usada quando “(...) se procura desenvolver, refinar, ou validar instrumentos complexos” (Polit *et al.*, 2004, p.343). Neste sentido, procedemos à análise fatorial exploratória das componentes principais com rotação ortogonal de tipo Varimax da versão portuguesa da MCSS[®], o que nos permitiu avaliar a validade dos itens que integram cada fator (Hill & Hill, 2005).

2.11 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A apresentação e análise dos dados será tão detalhada quanto necessário para dar resposta aos objetivos e à finalidade do estudo metodológico.

Apresentamos a análise dos dados, ilustrando, sempre que se justifique, tabelas precedidas de informações pertinentes e relevantes para a sua compreensão.

2.11.1 – Caracterização Da Amostra

Considerando que para efeitos da tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa da MCSS[®] só relevam os dados que se referem ao emparelhamento dos questionários, serão exclusivamente esses que referenciamos (n=230). Assim, nas tabelas que se seguem, apresentamos os dados da caracterização sociodemográfica do grupo de enfermeiros inquiridos.

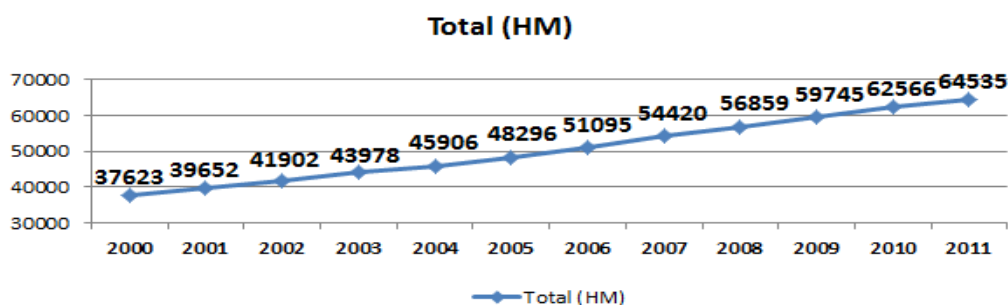
Tabela 1 – Média e desvio padrão relativamente à idade e ao tempo de serviço dos enfermeiros

	1ª Recolha (n=230)			2ª Recolha (n=230)		
	n	Média	(dp)	n	média	(dp)
Idade (anos completos)	227	31	(6)	227	31	(6)
Tempo de serviço (anos completos)	225	13	(66)	225	13	(66)

dp- desvio padrão

Da análise da tabela 1, verificamos que a média de idades dos enfermeiros foi de 31 anos e que o seu tempo de serviço foi em média 13 anos. Segundo a OE, em 2003, a média de idades foi de 36,8 anos e mais de 60% dos enfermeiros tinha menos de 41 anos de idade. Segundo os dados disponíveis mais recentes da OE (2012), entre o intervalo de idades de 31 a 35 anos, havia em 31 de dezembro de 2008, 8 339 enfermeiros portugueses o que correspondeu a 16,7% da população com inscrição ativa (n=56 859). O gráfico 1 apresenta a evolução do número total de enfermeiros do ano 2000 a 2011, onde se podem visualizar alguns dados anteriormente referidos.

Gráfico 1 – Evolução do número total de enfermeiros de 2000 a 2011



Fonte: OE, 2012 (www.ordemdosenfermeiros.pt)

Na tabela 2, apresenta-se um conjunto de dados relativos às variáveis da caracterização sociodemográfica, nomeadamente: sexo, categoria profissional, área de especialização e grau académico, entre outras.

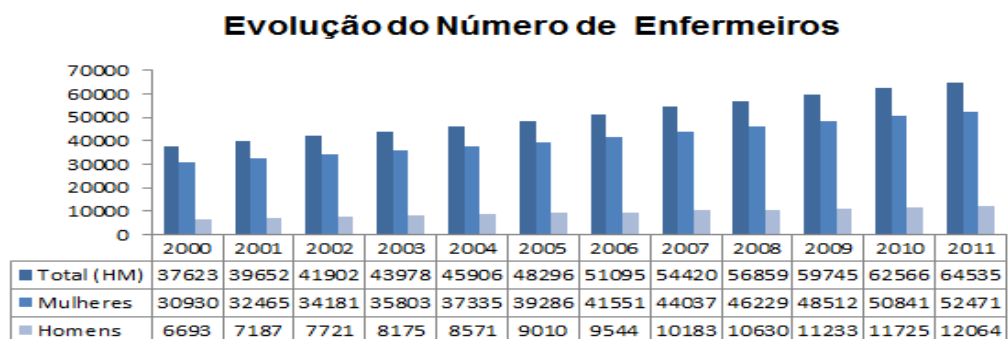
Tabela 2 – Características sociodemográficas dos enfermeiros

	1ª Recolha (n=230)		2ª Recolha (n=230)	
	n	(%)	n	(%)
Sexo				
Feminino	178	(77)	178	(77)
Masculino	52	(23)	52	(23)
Categoria profissional				
Enfermeiro	100	(43)	100	(43)
Enfermeiro Graduado	94	(41)	93	(41)
Enfermeiro Especialista	36	(16)	37	(16)
Área de Especialização em Enfermagem				
Administração	1	(0)	1	(0)
Saúde Comunitária	2	(1)	2	(1)
Saúde Materna e Obstétrica	25	(11)	25	(11)
Saúde Infantil e Pediátrica	3	(1)	3	(1)
Reabilitação	2	(1)	2	(1)

Grau Académico				
Bacharel ou equiparado	6	(3)	6	(3)
Licenciado ou equiparado	223	(97)	223	(97)
Mestre	1	(0)	1	(0)
Doutor	0	(0)	0	(0)
Curso de Formação Pós - Graduada				
Não	174	(77)	174	(77)
Sim	56	(23)	56	(23)
Relativamente à sua situação jurídica de emprego, que tipo de vínculo possui?				
Vínculo definitivo à função pública	53	(23)	53	(23)
Contrato individual de trabalho a termo certo	7	(3)	7	(3)
Contrato individual de trabalho sem termo (efetivo)	160	(70)	160	(70)
Outro	10	(4)	10	(4)
Instituição em que desempenha funções				
Centro de Saúde	2	(1)	2	(1)
Hospital Pedro Hispano	201	(87)	201	(87)
Unidade de Saúde Familiar	27	(12)	27	(12)
Tempo de permanência no mesmo serviço				
< 6meses	17	(7)	17	(7)
>=6meses <1ano	18	(8)	18	(8)
>=1ano <2anos	22	(10)	22	(10)
>=2anos<5anos	69	(30)	69	(30)
>=5anos	102	(45)	102	(45)
Número de horas de trabalho por semana				
35h Semanais	118	(51)	118	(51)
42h Semanais	5	(2)	5	(2)
Outro	107	(47)	107	(47)
Tipo de horário				
Fixo	25	(11)	25	(11)
<i>Roulement</i>	197	(86)	197	(86)
Outro	8	(3)	8	(3)
Acumulação de funções na Instituição ou noutra Instituição				
Não	183	(80)	183	(80)
Sim	47	(20)	47	(20)

Da análise da tabela 2, constatamos que 77% dos enfermeiros inquiridos eram do sexo feminino, o que está em consonância com os dados apresentados pela OE (2012) relativamente ao ano de 2008, em que existiam 46 229 enfermeiras e 10 630 enfermeiros, o que correspondeu a 81,3% e a 18,7% respetivamente dos 56 859 membros com inscrição ativa na altura (ver gráfico 2).

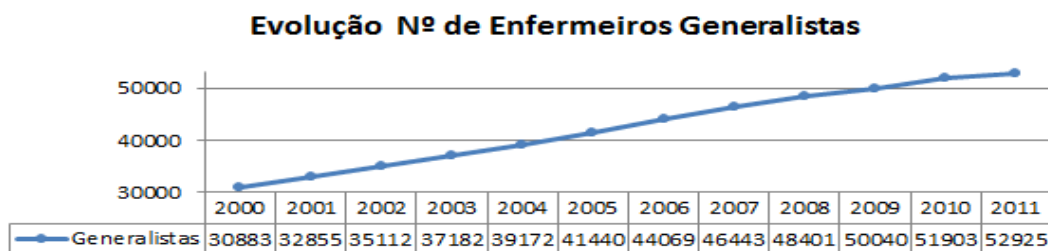
Gráfico 2 – Evolução do número de enfermeiros de 2000 a 2011



Fonte: OE, 2012 (www.ordemdosenfermeiros.pt)

No grupo inquirido, 84% eram enfermeiros generalistas com a categoria profissional de enfermeiro ou de enfermeiro graduado. Segundo a OE (2012), em 2008, tinham inscrição ativa 48 401 (85,1%) enfermeiros generalistas como se pode verificar no gráfico 3.

Gráfico 3 – Evolução do número de enfermeiros generalistas de 2000 a 2011

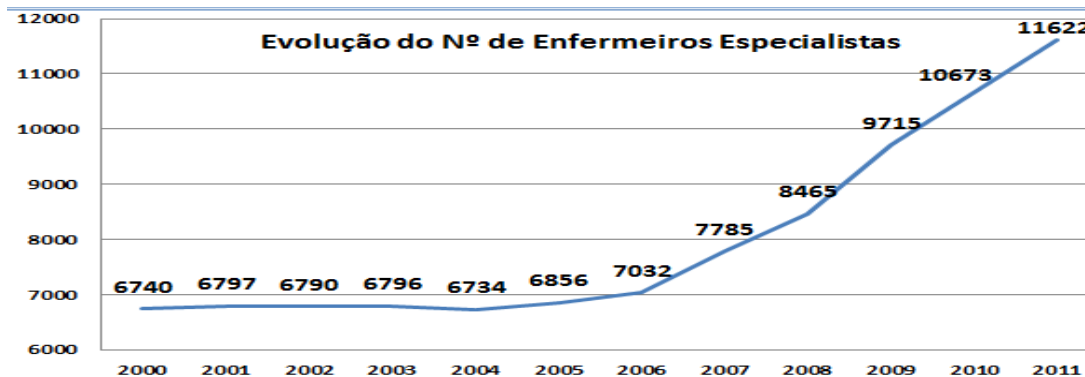


Nota: a soma dos enfermeiros generalistas com os especialistas é superior ao total de enfermeiros, porque existe enfermeiros com mais de uma especialidade.

Fonte: OE, 2012 (www.ordemdosenfermeiros.pt)

No grupo inquirido, 16% eram enfermeiros especialistas e 11% tinham especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. No gráfico 4, apresenta-se a evolução do número de enfermeiros especialistas de 2000 a 2011.

Gráfico 4 – Evolução do número de enfermeiros especialistas de 2000 a 2011



Fonte: OE, 2012 (www.ordemdosenfermeiros.pt)

Pela análise do gráfico 4, validamos que o número de enfermeiros especialistas entre 2000 e 2005 manteve-se praticamente constante e que só a partir do ano de 2006 é que se constata um aumento considerável de enfermeiros com formação nas áreas de especialidade. Em 2008, existiam 8 465 (14,9%) enfermeiros especialistas (OE, 2012).

Relativamente ao grau académico, no grupo inquirido confirmamos que 97% tinha o grau de licenciado ou equiparado. Os dados da OE (2012) reportam que em 2008, 33 770 (59,4%) eram licenciados e que o número de enfermeiros com bacharelato ou equiparação era ainda elevado – 15 256 (26,8%), não obstante haver já 7 833 (13,8%) enfermeiros com outro grau que, na informação disponibilizada pela OE, não está especificado. No grupo inquirido, 77% não tinha qualquer curso de formação pós-graduada.

No que se refere à relação jurídica de emprego no grupo inquirido, constatamos que 70% dos enfermeiros tinham contrato individual de trabalho sem termo, o que se pode justificar pela natureza da ULSM; foi no HPH que se verificaram mais enfermeiros a exercerem funções (87%); tempo de permanência no mesmo serviço superior ou igual a dois anos constatou-se em, pelo menos, 75% dos enfermeiros inquiridos. Segundo a OE (2012), em 2008, a distribuição por sector de atividade dos enfermeiros foi essencialmente concentrada em hospitais num total de 34 001 (59,8%) enfermeiros, enquanto nos centros de saúde estavam alocados 7 546 (13,3%) enfermeiros.

A tabela que se segue refere-se à caracterização de aspetos ligados à SCE na ULSM.

Tabela 3 – Regularidade de contacto com o enfermeiro supervisor clínico, sessões de S.C., local e duração das sessões

	1ª Recolha (n=230)		2ª Recolha (n=230)	
	n	(%)	n	(%)
Regularidade de contacto com o enfermeiro supervisor clínico				
Nenhuma	10	(4)	10	(4)
Diariamente	181	(79)	181	(79)
Semanalmente	33	(14)	33	(14)
Quinzenalmente	0	(0)	0	(0)
Mensalmente	1	(0)	1	(0)
Regularidade das sessões de supervisão clínica				
Diariamente	119	(52)	119	(52)
Semanalmente	43	(19)	43	(19)
Quinzenalmente	9	(4)	9	(4)
Mensalmente	22	(10)	22	(10)
2-3meses	2	(1)	2	(1)
>3meses	12	(5)	12	(5)
Local para as sessões de supervisão clínica				
No local de trabalho	202	(88)	202	(88)
Fora do local de trabalho	0	(0)	0	(0)
Ambos	10	(4)	10	(4)
Duração das sessões de supervisão clínica				
<15min	95	(41)	93	(40)
<=15min a <30min	65	(28)	80	(35)
<=30min a <45min	20	(9)	14	(6)
<=45min a <60min	6	(3)	3	(1)
>=60min	16	(7)	12	(5)

Da análise da tabela 3 verificamos que pelo menos 79% dos enfermeiros inquiridos tinham diariamente contacto com o enfermeiro supervisor clínico, que a regularidade das sessões foi, pelo menos 52% de sessões diárias, pelo menos 88% no local de trabalho e pelo menos 40% tinham uma duração inferior a 15 minutos. A prática habitual instituída nestas unidades prestadoras de cuidados da ULSM privilegiou contactos entre os enfermeiros supervisores clínicos e os enfermeiros supervisionados no local de trabalho com uma duração curta e diária, traduzindo-se num processo contínuo de SCE.

2.11.2 – Versão Portuguesa da MCSS[®]

A apresentação detalhada da aplicação da versão portuguesa da MCSS[®] será feita com recurso a tabelas, sendo que, na sua maioria, estarão disponíveis para consulta no volume de anexos. Na tabela 4, apresentamos as respostas dos enfermeiros à versão portuguesa da MCSS[®] em ambos os momentos de recolha de dados.

Tabela 4 – Respostas dos enfermeiros à versão portuguesa da MCSS[®] nos dois momentos de recolha de dados

	1ª Recolha (n=230)		2ª Recolha (n=230)	
	n	(%)	n	(%)
1.A pressão acumulada no trabalho interfere com as sessões de S.C..				
Discordo Totalmente	13	(6)	10	(4)
Não Concordo	29	(13)	47	(21)
Sem Opinião	43	(19)	43	(19)
Concordo	105	(46)	103	(46)
Concordo Totalmente	37	(16)	22	(10)
2.É difícil obter tempo para as sessões de S.C..				
Discordo Totalmente	5	(2)	6	(3)
Não Concordo	67	(30)	80	(36)
Sem Opinião	43	(19)	44	(20)
Concordo	90	(40)	82	(37)
Concordo Totalmente	22	(10)	12	(5)
3.As sessões de S.C. são desnecessárias.				
Discordo Totalmente	110	(48)	91	(41)
Não Concordo	84	(37)	108	(49)
Sem Opinião	27	(12)	20	(9)
Concordo	6	(3)	2	(1)
Concordo Totalmente	0	(0)	0	(0)
4.O tempo utilizado nas sessões de S.C. afasta-me das minhas funções na prática clínica.				
Discordo Totalmente	39	(17)	46	(21)
Não Concordo	118	(52)	113	(50)
Sem Opinião	46	(20)	42	(19)
Concordo	20	(9)	21	(9)
Concordo Totalmente	4	(2)	2	(1)
5.A supervisão clínica liberta-me da pressão do trabalho.				
Discordo Totalmente	26	(12)	21	(9)
Não Concordo	85	(38)	62	(28)
Sem Opinião	75	(33)	104	(46)
Concordo	36	(16)	35	(16)
Concordo Totalmente	3	(1)	2	(1)
6.A preparação das sessões de S.C., aumenta a pressão no trabalho.				
Discordo Totalmente	24	(11)	21	(9)
Não Concordo	94	(42)	107	(48)
Sem Opinião	78	(35)	74	(33)
Concordo	28	(12)	20	(9)
Concordo Totalmente	1	(0)	1	(0)
7.Considero que as sessões de S.C. consomem muito tempo.				
Discordo Totalmente	26	(12)	21	(9)
Não Concordo	109	(48)	136	(61)
Sem Opinião	65	(29)	45	(20)
Concordo	22	(10)	20	(9)
Concordo Totalmente	3	(1)	2	(1)
8.O Supervisor Clínico dá-me apoio e encoraja-me.				
Discordo Totalmente	7	(3)	7	(3)
Não Concordo	13	(6)	19	(8)
Sem Opinião	58	(26)	56	(25)
Concordo	114	(50)	117	(52)
Concordo Totalmente	35	(15)	25	(11)
9.A S.C. não resolve assuntos de carácter pessoal.				
Discordo Totalmente	10	(4)	9	(4)
Não Concordo	34	(15)	36	(16)
Sem Opinião	74	(33)	76	(34)
Concordo	61	(27)	71	(31)
Concordo Totalmente	48	(21)	34	(15)
10.As sessões de S.C. são intrusivas.				
Discordo Totalmente	29	(13)	30	(13)

Não Concordo	96	(43)	92	(41)
Sem Opinião	69	(31)	64	(29)
Concordo	27	(12)	34	(15)
Concordo Totalmente	4	(2)	4	(2)
11.A S.C. proporciona-me tempo para refletir.				
Discordo Totalmente	6	(3)	5	(2)
Não Concordo	15	(7)	13	(6)
Sem Opinião	44	(19)	40	(18)
Concordo	141	(62)	148	(65)
Concordo Totalmente	21	(9)	20	(9)
12.Problemas do trabalho poderão ser discutidos de forma construtiva durante as sessões de S.C..				
Discordo Totalmente	4	(2)	5	(2)
Não Concordo	8	(4)	11	(5)
Sem Opinião	24	(11)	25	(11)
Concordo	141	(62)	145	(64)
Concordo Totalmente	49	(22)	39	(17)
13.As sessões de S.C. facilitam a prática reflexiva.				
Discordo Totalmente	3	1	3	1
Não Concordo	4	2	6	3
Sem Opinião	23	10	23	10
Concordo	149	(66)	150	(67)
Concordo Totalmente	47	(21)	43	(19)
14.Se há algo que não compreendo, o Supervisor Clínico é sempre aquele a quem posso recorrer.				
Discordo Totalmente	8	(4)	4	(2)
Não Concordo	23	(10)	20	(9)
Sem Opinião	41	(18)	39	(17)
Concordo	112	(49)	128	(57)
Concordo Totalmente	43	(19)	33	(15)
15.O Supervisor Clínico dá uma opinião imparcial.				
Discordo Totalmente	9	(4)	7	(3)
Não Concordo	31	(14)	22	(10)
Sem Opinião	90	(40)	100	(45)
Concordo	81	(36)	75	(33)
Concordo Totalmente	16	(7)	20	(9)
16.O Supervisor Clínico é alguém com quem posso abordar aspetos mais sensíveis que se apresentam na prática clínica.				
Discordo Totalmente	6	(3)	5	(2)
Não Concordo	11	(5)	15	(7)
Sem Opinião	44	(19)	42	(19)
Concordo	135	(59)	138	(62)
Concordo Totalmente	32	(14)	24	(11)
17.Foi muito útil falar sobre assuntos de carácter pessoal com alguém diferente.				
Discordo Totalmente	22	(10)	22	(10)
Não Concordo	44	(19)	40	(18)
Sem Opinião	113	(50)	113	(50)
Concordo	36	(16)	43	(19)
Concordo Totalmente	12	(5)	7	(3)
18.As sessões de S.C. são uma parte importante na minha rotina de trabalho.				
Discordo Totalmente	10	(4)	5	(2)
Não Concordo	23	(10)	18	(8)
Sem Opinião	73	(32)	78	(35)
Concordo	108	(48)	112	(50)
Concordo Totalmente	13	(6)	11	(5)
19.O Supervisor Clínico nunca se encontra disponível, quando necessário.				
Discordo Totalmente	66	29	54	24
Não Concordo	109	48	113	50
Sem Opinião	46	20	46	21
Concordo	5	2	10	4
Concordo Totalmente	0	0	1	0
20.Aprendo com a experiência do Supervisor Clínico.				
Discordo Totalmente	3	(1)	4	(2)

Não Concordo	13	(6)	9	(4)
Sem Opinião	53	(23)	47	(21)
Concordo	129	(57)	140	(63)
Concordo Totalmente	30	(13)	24	(11)
21.É importante arranjar tempo para as sessões de S.C..				
Discordo Totalmente	3	(1)	3	(1)
Não Concordo	9	(4)	3	(1)
Sem Opinião	28	(12)	32	(14)
Concordo	144	(63)	143	(64)
Concordo Totalmente	43	(19)	43	(19)
22.O Supervisor Clínico dá-me bons conselhos.				
Discordo Totalmente	3	(1)	4	(2)
Não Concordo	7	(3)	9	(4)
Sem Opinião	67	(29)	67	(29)
Concordo	122	(54)	121	(54)
Concordo Totalmente	29	(13)	22	(10)
23.O Supervisor Clínico é sincero comigo.				
Discordo Totalmente	5	(2)	6	(3)
Não Concordo	5	(2)	6	(3)
Sem Opinião	78	(34)	78	(34)
Concordo	106	(46)	110	(49)
Concordo Totalmente	34	(15)	24	(11)
24.As sessões com o Supervisor Clínico aprofundam o meu conhecimento sobre a prática clínica.				
Discordo Totalmente	4	(2)	4	(2)
Não Concordo	13	(6)	10	(4)
Sem Opinião	52	(23)	46	(21)
Concordo	126	(56)	137	(61)
Concordo Totalmente	31	(14)	26	(12)
25.A S.C. não é necessária para indivíduos com experiência e "anos de casa".				
Discordo Totalmente	105	(46)	101	(45)
Não Concordo	94	(41)	98	(44)
Sem Opinião	15	(7)	18	(8)
Concordo	10	(4)	7	(3)
Concordo Totalmente	4	(2)	1	(0)
26.O Supervisor Clínico impede-me que questione temas delicados.				
Discordo Totalmente	69	(31)	60	(27)
Não Concordo	104	(46)	114	(51)
Sem Opinião	43	(19)	44	(20)
Concordo	7	(3)	5	(2)
Concordo Totalmente	3	(1)	1	(0)
27.O Supervisor Clínico age de modo prepotente durante as sessões.				
Discordo Totalmente	71	(31)	59	(26)
Não Concordo	87	(38)	91	(41)
Sem Opinião	56	(25)	56	(25)
Concordo	9	(4)	12	(5)
Concordo Totalmente	4	(2)	5	(2)
28.A S.C. é direcionada para Enfermeiros com pouca experiência ou recentemente admitidos no serviço				
Discordo Totalmente	76	(33)	72	(32)
Não Concordo	107	(47)	114	(51)
Sem Opinião	35	(15)	30	(13)
Concordo	10	(4)	7	(3)
Concordo Totalmente	0	(0)	2	(1)
29.A S.C. auxilia a tornar-me num melhor profissional.				
Discordo Totalmente	3	(1)	6	(3)
Não Concordo	12	(5)	7	(3)
Sem Opinião	48	(21)	51	(23)
Concordo	125	(55)	129	(57)
Concordo Totalmente	39	(17)	32	(14)
30.Sem as sessões de S.C. piora a qualidade da prestação dos cuidados.				
Discordo Totalmente	16	(7)	16	(7)
Não Concordo	52	(23)	52	(23)

Sem Opinião	82	(36)	73	(33)
Concordo	61	(27)	72	(32)
Concordo Totalmente	15	(7)	11	(5)
31.As sessões de S.C. transmitem motivação.				
Discordo Totalmente	4	(2)	4	(2)
Não Concordo	20	(9)	15	(7)
Sem Opinião	76	(34)	73	(33)
Concordo	105	(46)	121	(54)
Concordo Totalmente	21	(9)	11	(5)
32.Sinto-me menos stressado após falar com o Supervisor Clínico.				
Discordo Totalmente	16	(7)	7	(3)
Não Concordo	32	(14)	32	(14)
Sem Opinião	105	(46)	109	(49)
Concordo	65	(29)	70	(31)
Concordo Totalmente	9	(4)	6	(3)
33.As sessões de S.C. melhoram a qualidade da prestação dos cuidados.				
Discordo Totalmente	3	(1)	4	(2)
Não Concordo	11	(5)	11	(5)
Sem Opinião	51	(22)	44	(20)
Concordo	129	(57)	137	(61)
Concordo Totalmente	33	(15)	28	(13)
34.A S.C. permite-me desenvolver competências e a qualidade dos cuidados.				
Discordo Totalmente	3	(1)	3	(1)
Não Concordo	7	(3)	4	(2)
Sem Opinião	50	(22)	41	(18)
Concordo	141	(62)	150	(67)
Concordo Totalmente	27	(12)	27	(12)
35.O Supervisor Clínico disponibiliza orientação na prestação dos cuidados aos clientes.				
Discordo Totalmente	4	(2)	5	(2)
Não Concordo	12	(5)	11	(5)
Sem Opinião	48	(21)	51	(23)
Concordo	142	(63)	138	(62)
Concordo Totalmente	21	(9)	19	(8)
36.Ao receber sessões de S.C., melhora a qualidade dos cuidados que presto aos clientes.				
Discordo Totalmente	5	(2)	4	(2)
Não Concordo	13	(6)	11	(5)
Sem Opinião	57	(25)	55	(25)
Concordo	127	(56)	133	(59)
Concordo Totalmente	24	(11)	21	(9)

A análise da tabela 4, permite-nos afirmar que a opinião da maioria dos enfermeiros em ambas as recolhas de dados ($\geq 70\%$) foi que:

- As sessões de supervisão clínica: são necessárias (85%), os problemas do trabalho poderão ser discutidos de forma construtiva durante as mesmas (81%), facilitam a prática reflexiva (86%), é importante arranjar tempo para elas (82%), a presença do supervisor nas sessões aprofunda o conhecimento sobre a prática clínica (70%) e, por último, melhoram a qualidade da prestação dos cuidados (72%);

- A supervisão clínica: proporciona tempo para refletir (71%), é necessária para indivíduos com experiência e ‘anos de casa’ (87%), é direcionada para todos os enfermeiros (80%), auxilia o enfermeiro a tornar-se num melhor profissional (71%), permite desenvolver competências e a qualidade dos cuidados (74%);
- O supervisor clínico: é alguém com quem se pode abordar aspetos mais sensíveis que se apresentam na prática clínica (73%), com quem se aprende dada a sua experiência (70%), a quem se pode questionar temas delicados (77%) e que disponibiliza orientação na prestação dos cuidados aos clientes (70%).

Acresce ao exposto que, do conjunto de respostas obtidas aos itens da versão portuguesa da MCSS[®], podemos ainda referir alguns aspetos relevantes, nomeadamente: em todas as respostas houve sempre enfermeiros inquiridos que assinalaram a opção de resposta ‘sem opinião’ sobre a afirmação em questão e o valor da frequência relativa mais baixa nesta opção diz respeito ao item 25, cuja afirmação se reporta à supervisão clínica como não sendo necessária para indivíduos com experiência e ‘anos de casa’. As respostas ao item 28 também confirmam a necessidade da supervisão não ser só direcionada para enfermeiros com pouca experiência ou recentemente admitidos no serviço. Curiosamente, as afirmações ligadas à figura do supervisor clínico como, por exemplo, ‘dá-me uma opinião imparcial’ (item 15), pelo menos 40% dos inquiridos assinalou a opção de resposta ‘sem opinião’. Na ULSM, o supervisor clínico pode ser uma figura controversa para muitos profissionais, pois na antiga carreira de enfermagem existia a categoria de enfermeiro supervisor que nada tinha a ver com as funções que um enfermeiro supervisor clínico deve desempenhar. Acresce a este facto que a relação supervisiva que se estabeleceu entre supervisor e supervisionado podia ainda não estar assente numa relação de confiança entre ambos tal como se advoga na literatura.

Mais do que analisar cada item *per se*, importa visualizar os dados das diferentes subescalas da versão portuguesa da MCSS[®] (ver tabela 8 - anexo 8). Segundo Winstanley (2000), cada subescala está relacionada com as diferentes funções do modelo de supervisão clínica de Proctor, nomeadamente:

- **F1** – Subescala ‘*confiança*’ relacionada com a função normativa e restauradora;
- **F2** – Subescala ‘*aconselhamento/apoio do supervisor clínico*’ relacionada com a função restauradora;
- **F3** – Subescala ‘*desenvolvimento de cuidados/competências*’ relacionada com a função formativa;
- **F4** – Subescala ‘*importância/valor da supervisão clínica*’ relacionada com a função normativa;
- **F5** – Subescala ‘*tempo*’ relacionada com as funções normativa e restauradora;
- **F6** – Subescala ‘*assuntos pessoais*’ relacionada com a função restauradora;
- **F7** – Subescala ‘*reflexão*’ relacionada com a função formativa.

A fiabilidade do instrumento foi verificada com recurso ao coeficiente *alpha de Cronbach* e através da correlação total dos itens de cada uma das subescalas de modo a podermos determinar a consistência interna do instrumento. “Assim como os coeficientes de confiabilidade teste-reteste, os índices de consistência interna variam de valor entre 0,00 e 1,00. Quanto mais alto o coeficiente de confiabilidade, mais exata (internamente consistente) é a medida” (Polit *et al.*, 2004, p.290).

Pela análise da tabela 8 (ver anexo 8), verificou-se que o valor total do *alpha de Cronbach* manteve-se constante em ambos os períodos de recolha de dados ($\alpha=0,923$), segundo Hill e Hill (2005) este valor é excelente. Avaliámos também o seu valor para cada subescala e para cada momento da recolha de dados. Assim, o valor de coeficiente mais baixo encontrado foi de 0,413 na primeira recolha e de 0,453 no segundo momento para a subescala ‘assuntos pessoais’; o valor de coeficiente mais alto foi de 0,893 no primeiro momento e de 0,910 na segunda recolha de dados para a subescala ‘aconselhamento/apoio do supervisor’.

Calculámos também o coeficiente de correlação intraclasse, que é um teste de fiabilidade, cuja aplicação se justifica quando o instrumento produz valores numéricos discretos ou contínuos. Assim, este variou entre 0,643 na subescala ‘assuntos pessoais’ e 0,852 na subescala ‘aconselhamento/apoio do supervisor’.

Procedemos à análise fatorial com o intuito de agruparmos os vários itens em relação aos fatores que constituem o constructo. Utilizámos o método de análise de componentes principais com rotação ortogonal de tipo Varimax, e foi ainda aplicado o método de Kaiser (valores próprios $\geq 1,00$ e saturação do item no fator $\geq 0,40$). Quando um item tivesse valores em dois ou mais fatores diferentes e se a diferença entre os valores fosse superior a 0,15, seleccionámos o fator com o valor mais elevado. Se assim não fosse, o item seria eliminado (ver tabela 9).

Da análise da tabela 9 (ver anexo 9), verificou-se que a versão portuguesa da MCSS[®] ficou agrupada em seis fatores e que o item 9 deve ser eliminado. Podemos ainda referir que os itens 18 e 31 foram agrupados simultaneamente em dois fatores. No entanto, como a diferença entre os fatores foi inferior a 0,15, estes itens devem ser eliminados.

Relativamente ao *Weight Kappa*, este avalia a relevância de cada item da escala (ver tabela 10 – anexo 10). O valor 1 indica concordância perfeita (Altman, 1991), de facto este valor traduz “(...) a proporção dos casos em que os avaliadores concordam nas suas classificações, depois de fazer a correção para a concordância que acontece por acaso” (Hill & Hill, 2005, p.158). Na nossa amostra, este, variou entre 0,362 no item 30 e 0,644 nos itens 22 e 34.

2.12 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo metodológico centrou-se na tradução, adaptação cultural e validação da MCSS[®] do inglês para a língua portuguesa de Portugal. Todo este processo envolve um conjunto de etapas e é bem mais demorado e difícil do que eventualmente possa parecer.

Obtivemos 230 questionários emparelhados, cujo *score* total do coeficiente *alpha de Cronbach* foi de 0,923 em ambos os momentos de recolha de dados e nas subescalas variou entre 0,413 (*‘assuntos pessoais’*) e 0,893 (*‘aconselhamento/apoio do supervisor’*) na primeira recolha e entre 0,453 (*‘assuntos pessoais’*) e 0,910 (*‘aconselhamento/apoio do supervisor’*) na segunda recolha de dados.

Na versão finlandesa (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlerchner & Paunonen-Ilmonen, 2003), o *score* total do coeficiente *alpha de Cronbach* foi de 0,922 e o valor mais baixo encontrado foi de 0,639 na subescala *‘assuntos pessoais’* e o mais elevado foi de 0,883 na subescala *‘desenvolvimento dos cuidados/competências’*. No que se refere à escala original, o *score* total do coeficiente *alpha de Cronbach* foi de 0,860 calculado numa amostra de 902 respondentes, sendo que o valor mais baixo encontrado foi de 0,697 na subescala *‘assuntos pessoais’* e o valor mais elevado foi de 0,907 na subescala *‘desenvolvimento dos cuidados/competências’* (Winstanley, 2000).

Os enfermeiros, no seu exercício, focalizam-se em assuntos relacionados com o desenvolvimento das suas práticas. Cada vez mais se espera que os enfermeiros sejam capazes de dar respostas às transições que cada pessoa vive e às quais tem que se adaptar, pelo que a exigência da realidade da prestação de cuidados requer “(...) maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais concetual e concretizada pela relação interpessoal (...) e mais competências de tomada de decisão” (Silva, 2007, p.18). Nesta realidade tão complexa, provavelmente não resta tempo aos enfermeiros para abordarem assuntos do foro pessoal ou privado com os seus supervisores clínicos.

Na versão portuguesa da MCSS[®], verificou-se que o valor do coeficiente *alpha de Cronbach* mais elevado foi na subescala *‘aconselhamento/apoio do supervisor’*, enquanto na versão finlandesa (0,883) (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlerchner & Paunonen-Ilmonen, 2003) e na versão original o valor mais elevado reportou-se à subescala *‘desenvolvimento de cuidados/competências’* (0,907) (Winstanley, 2000). Um dos alvos da SCE refere-se às necessidades do supervisionado, pelo que a relação supervisiva que se estabelece com o supervisor é fundamental na resposta adequada e eficaz às necessidades identificadas em conjunto com o supervisionado. Acresce a este facto que, na ULSM, se privilegiou o contacto diário e contínuo entre ambos, o que não é uma prática habitual e frequente no local onde a MCSS[®] original foi testada. Assim, o apoio, acompanhamento e orientação que os supervisores proporcionaram aos enfermeiros na ULSM foi muito próximo e contínuo, pelo que pode residir neste facto a diferença de valores encontrada e o agrupamento dos fatores da escala, reduzindo-a a seis fatores. No entanto, esta versão manteve as áreas contempladas na escala original.

A análise estatística efetuada à versão portuguesa da MCSS[®] foi enviada à autora (Julie Winstanley), cujo parecer enviado por correio eletrónico foi: “The standard of the statistical analysis is very high” (ver anexo 11), e foi ainda discutida pessoalmente com a mesma, que reiterou a sua avaliação.

2.13 – SÍNTESE

A tradução, a adaptação cultural e a validação de um instrumento para outra língua exige um estudo metodológico rigoroso e composto por diferentes etapas.

A versão portuguesa avalia efetivamente aspetos do processo supervisivo, o que permite aos supervisores e aos supervisados ajustarem estratégias para melhorarem os resultados da supervisão disponibilizada mas também aumentarem a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos clientes.

A versão portuguesa da MCSS[®] é fiável, culturalmente aceite e consistente com a original. Este estudo encontra-se já publicado (Cruz, 2011; Cruz & Carvalho, 2012).

Releva-se que a simplicidade da MCSS[®], a celeridade com que todos os intervenientes lidaram com o processo e a preciosa colaboração dos peritos, da ULSM e da autora, permitiram-nos apurar com relativa facilidade a versão portuguesa da MCSS[®].

Sugere-se que sejam realizados mais estudos, particularmente com a versão reduzida da MCSS[®] (MCSS - 26[®]) que, entretanto, a autora propôs juntamente com Edward White em 2011 (Winstanley & White, 2011).

CAPÍTULO III – FASE I – DO *AD HOC* A UM MODELO DE SCE EM USO: (DES)CONHECIMENTO DO FENÓMENO

A supervisão clínica em enfermagem, desde 1990, tem sido alvo de debate entre enfermeiros (Farrington, 1995; Kelly, Long & McKenna, 2001; Sloan & Watson, 2001a; Sloan, White & Coit, 2000), contudo, “(...) continua a persistir uma considerável confusão e concepções erróneas entre os profissionais sobre a sua natureza” (Garrido, Simões & Pires, 2008, p.15) e sobre a sua definição (Barribal *et al.*, 2004; Garrido *et al.*, 2008; Howatson-Jones, 2003; Hyrkäs & Lehti, 2003; Lyth, 2000).

A evidência em SCE alerta que ainda existe pouca investigação publicada nesta área (Coleman & Lynch, 2006; Kelly *et al.*, 2001; Landmark, Hansen, Bjones & Bohler, 2003) e que “(...) nursing staff’s need for clinical supervision is generally recognized (...)” (Hyrkäs, Koivula, Lehti & Paunonen-Ilmonen, 2003, p.49).

O NHS (2006, 2009) tem vindo a referir que a supervisão clínica proporciona e facilita o desenvolvimento pessoal e profissional, o desenvolvimento do conhecimento e das competências dos profissionais, a segurança dos clientes, a qualidade dos cuidados prestados, entre outros aspetos. Não obstante, a existência de vasta literatura em SCE, sobretudo em países de língua inglesa, verificámos um desconhecimento pelos enfermeiros portugueses o que tem contribuído para um processo lento e moroso na sua introdução e desenvolvimento em Portugal. Neste sentido, no nosso estudo, quisemos conhecer aprofundadamente as práticas supervisivas em uso no CHMA, apesar do conhecimento prévio que dispúnhamos sobre o assunto naquele contexto, dadas as reuniões que tivemos com o enfermeiro diretor e uma reunião que tivemos com todos os enfermeiros chefes ou responsáveis pelos serviços.

A fase I foi essencialmente exploratória. Para dar resposta ao objetivo anteriormente formulado, optámos por entrevistar todos os enfermeiros chefes ou responsáveis pelos serviços da Instituição. Simultaneamente, aplicámos um questionário (ver anexo 12) a todos os enfermeiros que estavam na prestação dos cuidados do CHMA, constituído essencialmente por três partes: na primeira parte, fez-se a caracterização sociodemográfica

dos indivíduos, na segunda, incluiu-se o Inventário de Respostas e Recursos Pessoais[®] (IRRP[®]) de modo a avaliarmos as respostas ao stresse e os recursos de *coping* utilizados pelos enfermeiros e, na terceira parte, incluímos a Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional[®] (EVBCIE[®]) para avaliarmos as capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros.

Qualquer atitude preventiva de stresse, de melhor utilização dos recursos de *coping* e de potencialização das capacidades da inteligência emocional, deve ser instituída para que os profissionais estejam mais ajustados às suas condições e às funções que desempenham, para além de que a SCE pode influenciar qualquer uma delas e ter estes efeitos positivos, pelo que aqui reside a justificação da sua monitorização neste estudo.

Os enfermeiros são uma classe profissional sujeita a elevados níveis de stresse e desempenham funções que requerem proximidade e interação com outros em situações emocionais desgastantes. Howard (2008) refere que o stresse laboral e o *burnout* profissional são cada vez mais reconhecidos na literatura da saúde e dos contextos profissionais.

Lee e Akhtar (2007), no estudo que realizaram, concluíram que, não só a falta de reconhecimento e de incerteza profissional são as duas maiores fontes de stresse dos enfermeiros mas também que estes dois fatores têm efeitos significativos no *burnout* laboral. O *burnout* foi originalmente concetualizado como uma síndrome que resulta do contato com pessoas que sofrem (Grunfeld *et al.*, 2000), aliás Maslach e Jackson, já em 1981, alertavam que “(...) for the helping professionals who works continuously with people under such circumstances, the chronic stresse can be emotionally draining and poses the risk of ‘burnout’” (p.99). Estas autoras definiram-no como uma síndrome de exaustão emocional e cinismo que ocorre frequentemente em pessoas “(...) who do ‘people-work’ of some kind” (p.99). Alertavam ainda para três aspetos chave do *burnout*, nomeadamente, o aumento de sentimentos de exaustão emocional, o desenvolvimento de sentimentos negativos e atitudes cínicas face aos clientes e a tendência para os indivíduos se avaliarem de forma negativa, particularmente no que se refere à sua *performance* com os clientes. Howard (2008) afirma que a exposição longa a elevados níveis de stresse pode resultar em *burnout*.

Já no século passado, Freudenberger (1974, 1975) referia que o *burnout* se manifestava de diferentes formas variando os sintomas e a intensidade de indivíduo para indivíduo. Segundo Howard (2008), os fatores relacionados com os níveis de *burnout* incluem: “(...) total hours worked, administrative/paperwork hours, managed care patient percentage, negative patient behaviours, over-involvement with patients and low perceptions of work setting control and lower direct pay patient percentage (Rupert & Morgan, 2005)” (p.105). Bühler e Land (2003) constataram que em casos de maior gravidade esta síndrome pode-se tornar numa depressão *major*.

A literatura descreve a SCE como passível de causar efeitos em diferentes variáveis, tais como stresse, *burnout*, *coping*, inteligência emocional, entre outras e alerta ainda que há necessidade de mais investigação que relacione a SCE e estas variáveis. Assim, decidimos monitorizar as respostas ao stresse e os recursos de *coping* que os enfermeiros utilizam através do IRRP[®] e as capacidades da inteligência emocional através da EVBCIE[®], conscientes que ao fazê-lo, estaríamos, provavelmente, a contribuir para o aumento de conhecimento que pode ser útil no processo supervisão.

Utilizámos a versão traduzida para a língua portuguesa do IRRP[®] que é constituída por três escalas: as escalas de resposta ao stresse, as escalas de recursos de *coping* e as escalas dos índices críticos (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999). Aos indivíduos solicita-se que assinalem ‘verdadeiro’ ou ‘falso’ em cada uma das 99 afirmações do instrumento. Posteriormente, as respostas são comparadas com uma matriz fornecida pelos autores, o que nos permite atribuir uma pontuação de zero ou de um de acordo com essa mesma matriz.

Relativamente à EVBCIE[®], utilizámos a versão adaptada para os enfermeiros (Vilela, 2006), que é constituída por 85 afirmações/expressões. Os itens dividem-se em cinco subescalas, designadamente: a subescala da capacidade de autoconsciência; a da capacidade da gestão de emoções; a da capacidade de auto motivação; a da capacidade da empatia e a da subescala da capacidade da gestão de relacionamentos em grupo.

Estes instrumentos (IRRP[®] e EVBCIE[®]) foram também incluídos no questionário utilizado na última fase do estudo, permitindo-nos comparar os dados obtidos em dois

momentos distintos. Todavia, para efeitos do nosso estudo, só relevam os dados emparelhados, pelo que serão exclusivamente estes que apresentaremos na descrição da última fase.

A fase I decorreu entre maio e dezembro 2008.

3.1 – OBJETIVOS

Para conhecer profundamente as práticas supervisivas instituídas no CHMA, tivemos necessidade de definir objetivos específicos para esta fase, nomeadamente:

- Identificar o conceito de SCE adotado pelos enfermeiros chefes ou responsáveis pelos serviços do CHMA;
- Analisar o modelo de SCE instituído no CHMA;
- Descrever as estratégias de SCE utilizadas no CHMA;
- Identificar a associação que existe entre a SCE e as áreas de especialização em enfermagem no CHMA;
- Compreender a importância atribuída à SCE no CHMA;
- Compreender a necessidade da SCE no CHMA;
- Identificar as condições que promovem a SCE no CHMA;
- Identificar o perfil do enfermeiro supervisor clínico no CHMA;
- Avaliar as respostas ao stress dos enfermeiros que prestam cuidados no CHMA através do IRRP[®];
- Avaliar os recursos de *coping* dos enfermeiros que prestam cuidados no CHMA através do IRRP[®];
- Avaliar as capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros que prestam cuidados no CHMA através da EVBCIE[®].

Realça-se que os três últimos objetivos desta fase serão foco de análise na descrição da última fase do estudo. Relembramos que só os dados relativos ao IRRP[®] e à EVBCIE[®], que foram emparelhados, é que constituíam alvo de análise desta investigação.

De seguida, passamos a apresentar os participantes no estudo, o método de recolha de dados utilizado e a colheita de dados efetuada.

3.2 – PARTICIPANTES, MÉTODO E RECOLHA DE DADOS

Os objetivos que definimos para a fase I foram o fio condutor para conhecermos o fenómeno da SCE no CHMA. Decidimos que os participantes no estudo seriam todos os enfermeiros chefes ou responsáveis pelos serviços de ambas as unidades hospitalares que constituíam o Centro Hospitalar.

A colheita de dados foi efetuada através da realização de uma entrevista semiestruturada, cujo guião se encontra em anexo (ver anexo 13), de modo a darmos resposta a todos os objetivos enumerados com exceção dos três últimos, que se referem aos dados da avaliação das respostas ao stresse, da utilização dos recursos de *coping* e das capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros. A construção do guião é um momento em que o investigador, face os objetivos que quer atingir, reflete cuidadosamente nas perguntas a realizar aos participantes.

As entrevistas foram todas presenciais, face a face e individuais. A sua duração foi de sensivelmente 45 minutos e foram todas realizadas nos locais e horas acordados pelos participantes no estudo.

O estudo foi explicado a todos os entrevistados, solicitada a sua autorização para a realização e gravação da entrevista em suporte áudio. Foi dada a oportunidade aos participantes de solicitarem algum esclarecimento que entendessem necessário. À exceção de um, que nos autorizou a realização da entrevista mas não a sua gravação, todos os outros autorizaram o solicitado. Relativamente ao participante que não autorizou a gravação da entrevista, anotámos em suporte de papel as respostas às questões formuladas e, no final da mesma, confirmámos e validámos todas as anotações feitas com o entrevistado, de modo a que não corrêssemos o risco de enviesar o discurso por ele produzido.

Depois da realização de cada entrevista, ouvimos os registos áudio, o que permitiu obter uma impressão global sobre o fenómeno em estudo. Procedemos à transcrição

integral das mensagens, obedecendo à linguagem utilizada por cada um dos participantes. Cada entrevista foi designada pela letra /E/ e atribuído um número sequencial, não permitindo a identificação de nenhum dos elementos, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade dos participantes.

O tratamento dos dados obtidos através das entrevistas semiestruturadas a todos os enfermeiros chefes ou responsáveis pelos serviços do CHMA foi efetuado recorrendo à técnica de análise de conteúdo, que é constituída por três polos cronológicos, nomeadamente: “A pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (Bardin, 1977, p.95).

A pré-análise constitui a fase de organização *per si* cujo objetivo se centrou na sistematização das ideias. A primeira atividade a realizar foi a leitura flutuante, que consistiu em “(...) estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações” (Bardin, 1977, p.96).

Bardin (1977) considera a análise de conteúdo:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p.42).

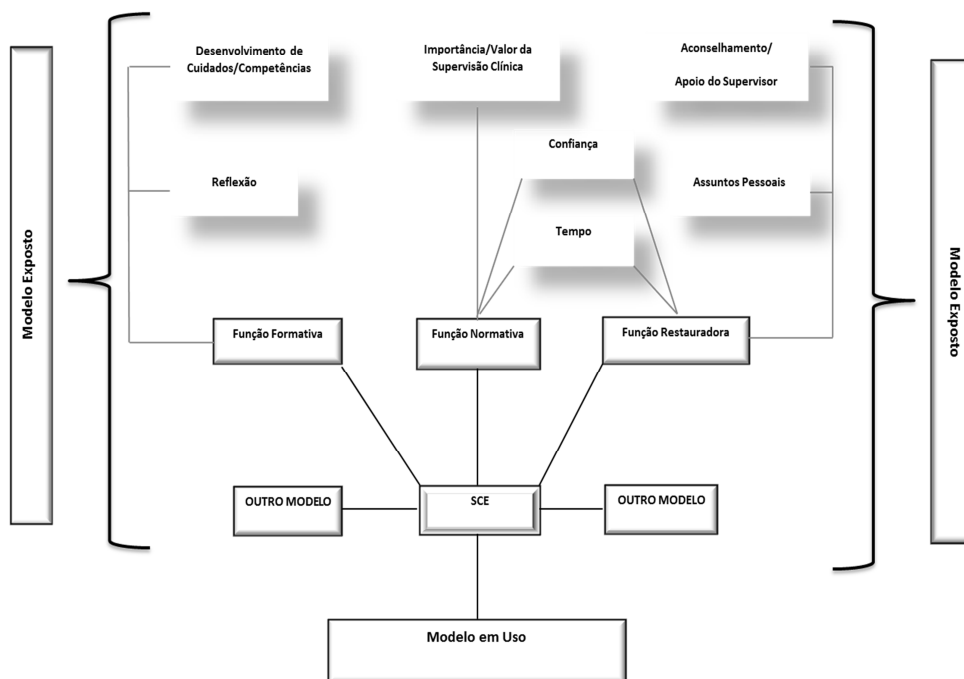
A tarefa da análise dos dados é demorada e minuciosa, pois todo o material é fonte encoberta de possíveis conclusões, tornando-se assim um desafio para o investigador, pelo que a preparação da mesma através da organização do material recolhido é algo que o investigador necessita de fazer cuidadosamente e com muita atenção.

Definimos como unidade de registo a “(...) unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização (...)” (Bardin, 1977, p.104). Por sua vez, a unidade de contexto corresponde à “(...) unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento de mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidades de registo) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo” (idem).

Segundo Bardin (1977) e Vala (1986), ao realizar-se o tratamento de dados existe um conjunto de passos a ter em atenção, tais como a definição dos objetivos e de um quadro teórico de referência e a constituição de um *corpus* de análise, entre outros.

A análise de conteúdo às entrevistas foi realizada com a finalidade de compreender o modelo de supervisão clínica instituído no CHMA. Neste sentido, usámos o modelo de análise que está esquematicamente representado na figura 4. Na base da sua elaboração esteve o modelo de Proctor (1986) e as relações que existem entre as funções deste modelo e as subescalas da MCSS[®]. No entanto, no modelo de análise acautelamos, desde logo, que pudesse estar implementado outro(s) modelo(s) de SCE na Instituição.

Figura 4 – Representação esquemática do modelo utilizado na análise de conteúdo



3.3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da transcrição integral do discurso dos participantes, obtivemos um conjunto de dados para serem submetidos aos procedimentos analíticos, ou seja, constituímos o *corpus* de análise. Para tal, definimos a finalidade geral a que nos propusemos e cumprimos as seguintes regras:

- “Regra da **exaustividade**: [esta condição estipula que] não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos por esta ou por aquela razão (dificuldade de acesso, impressão de não-interesse), que não possa ser justificável no plano do rigor (...)
- Regra da **homogeneidade**: os documentos retidos devem ser homogêneos, quer dizer, devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora destes critérios de escolha.
- Regra da **pertinência**: os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise” (Bardin, 1977, p.97-98).

Tal como Bardin (1977) preconiza, a exploração do material consistiu em operações de codificação, através do agrupamento das mensagens contidas nas entrevistas efetuámos a sua categorização; Esta é:

“(...) uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos” (Bardin, 1977, p.117).

Não é fácil categorizar, pelo que a autora refere que um conjunto de boas categorias deve possuir propriedades, nomeadamente:

- “A **exclusão mútua**: esta condição estipula que cada elemento não pode existir em mais de uma divisão (...).
- A **homogeneidade**: o princípio de exclusão mútua depende da homogeneidade das categorias. Um único princípio de classificação deve organizar a sua organização. Num mesmo conjunto categorial só se pode funcionar com um registo e com uma dimensão da análise (...).
- A **pertinência**: uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido, e quando pertence ao quadro teórico definido (...).
- A **objetividade** e a **fidelidade**: (...) As diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises (...).
- A **produtividade**: (...) um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis: férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos” (Bardin, 1977, p.120-121).

O tratamento dos dados traduziu-se em expor os resultados de forma a que estes fossem significativos. “O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas” (Idem, p. 101).

Desta análise, surgiram indicadores qualitativos que nos permitiram conhecer o fenómeno da SCE na instituição. Assim, ordenámos os dados, tendo por plataforma o modelo de análise, constituímos um referencial composto por temas, categorias e quando se justificou subcategorias, o que nos permitiu a descodificação das mensagens produzidas pelos participantes, evidenciando a realidade em estudo.

Os dados da análise de conteúdo foram validados por um grupo de peritos a quem foi solicitado que aferissem e validassem os temas, as categorias e subcategorias relativamente à sua caracterização e coerência. Os peritos estavam familiarizados com a problemática em estudo e o grupo foi constituído por duas professoras - adjuntas e uma auxiliar pedagógica com Pós Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem, todas da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Após este processo, foi necessário redefinir concetualmente duas categorias e uma subcategoria.

Iniciámos a apresentação dos dados com a caracterização dos participantes, realçando que esta foi feita de modo a não se poderem identificar os mesmos.

3.3.1 – Caracterização dos Participantes

Os participantes, nesta fase, foram 18, sete da Unidade Hospitalar de Santo Tirso (UST) e 11 da Unidade Hospitalar de Vila Nova de Famalicão (UVNF), cinco são do sexo masculino e 13 do sexo feminino; no que se refere à categoria profissional, este é um grupo heterogéneo, existindo participantes com categoria profissional de enfermeiro especialista (apesar de exercerem funções na área da gestão) e vários enfermeiros chefes; todos sem formação em supervisão clínica, à exceção de um elemento.

3.3.2 – (Des)conhecimento do Fenómeno

A análise de conteúdo, tendo previsto áreas temáticas que resultam do modelo de análise assumido *a priori*, foi efetuada após a organização dos dados no *corpus* de análise.

Utilizámos o aplicativo informático NVivo7 como recurso para o tratamento dos dados.

Os esquemas que se seguem ilustram a interpretação que fizemos das entrevistas, tendo como guia o modelo de análise e os objetivos que definimos para esta fase. Optámos por não colocar no quadro 1 as subcategorias dado o seu tamanho, acreditando que, mesmo desta forma, conseguimos proporcionar uma panorâmica geral da análise de conteúdo realizada. A partir da figura 5, estão já explícitas para consulta.

Da análise de conteúdo realizada emergiram cinco temas, nomeadamente; *'perspetivas sobre a SCE'*; *'relevância da SCE'*; *'condições para a SCE'*; *'enfermeiro supervisor clínico'*, *'procedimentos de SCE'*, e várias categorias e subcategorias quando aplicável.

No que se refere às unidades de registo e às de contexto de cada categoria/subcategoria, estas estão inseridas no volume de anexos para consulta. Assim, à medida que formos fazendo a discussão dos resultados, incluiremos algumas unidades de contexto e nessas sublinharemos as unidades de registo exemplificativas da categoria ou subcategoria que estaremos a abordar. Esta opção de apresentação guarda relação com a extensão do *corpus* de análise que tivemos que tratar.

Quadro 1 – Síntese do (des)conhecimento do fenómeno

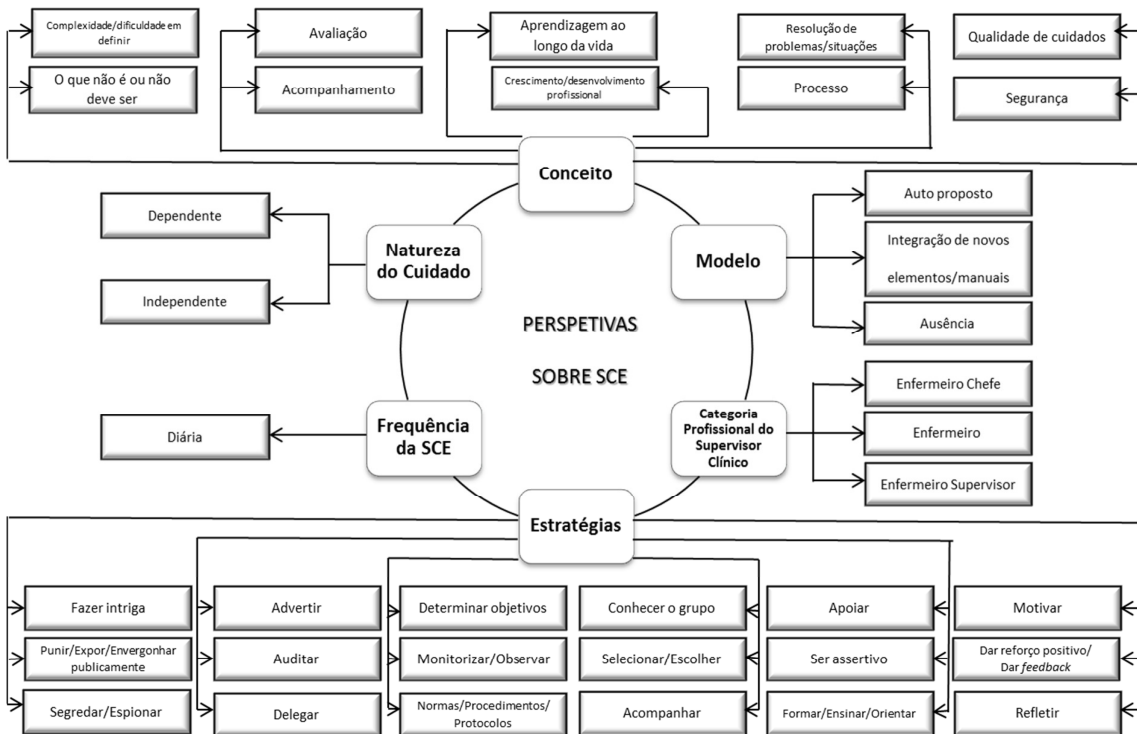
TEMA	CATEGORIA
Perspetivas sobre SCE	Conceito
	Modelo
	Estratégias
	Categoria profissional do supervisor clínico
	Frequência da SCE
	Natureza do cuidado
Relevância da SCE	Formativa
	Administrativa
	Normativa
	Restauradora
Condições para a SCE	Caraterísticas da equipa
	Fatores
	Figura do supervisor clínico
	Gestão
	Recursos
Enfermeiro Supervisor Clínico	Competências
	Formação
	Proveniência
Procedimentos de SCE	Tempo
	Local
	Frequência das sessões
	Tipologia

O primeiro tema que passamos a apresentar refere-se às perspetivas dos participantes sobre a SCE.

3.3.2.1 – *Perspetivas sobre SCE*

Do tema '*perspetivas sobre SCE*' emergiram seis categorias, nomeadamente '*conceito*', '*modelos*', '*estratégias*', '*categoria profissional do supervisor clínico*', '*frequência*', '*natureza do cuidado*' e várias subcategorias, conforme se pode verificar na figura 5.

Figura 5 – Representação esquemática do tema '*perspetivas sobre SCE*'



Relativamente ao '*conceito*' de SCE (ver anexo 14), podemos afirmar que definir algo pode ser complicado e a definição de SCE não escapa a este atributo, tendo ficado patente nas unidades de registo (*'complexidade/dificuldade em definir'*).

"É difícil." E3; "Isso é uma pergunta difícil de responder." E7

Na revisão da literatura efetuada não existe um consenso alargado sobre o conceito de SCE (Winstanley, 2000; Cruz, 2008), o que pode ser resultado e consequência dos diferentes *backgrounds* em que a supervisão clínica emergiu, é utilizada e investigada.

“O aparecimento sucessivo de conceitos e definições de supervisão clínica espelha bem não apenas a diversidade socioclínica dos contextos de saúde mas também as diversas evidências emergentes da investigação” (Abreu, 2007, p.183).

A discussão acerca da definição de supervisão clínica encerra em si mesmo grande complexidade e dificuldade pelas várias interpretações que tem (Winstanley, 2000). Constatou-se que muito poucos participantes do nosso estudo se referiram a esta complexidade/dificuldade relativa ao conceito, contudo, foram referindo diferentes *insights* do mesmo.

Garrido *et al.* (2008) afirmam que:

“O termo supervisão suscita alguma apreensão, pois é, frequentemente, associado à ideia de inspeção e revisão do trabalho dos funcionários, mediante políticas e procedimentos pré-definidos. Nas formas tradicionais de supervisão, o supervisor planeava o trabalho, tomava decisões e tinha autoridade, para fazer com que os trabalhadores obedecessem sem questionar. Esta forma autocrática tradicional de supervisão perdurou, durante muitos anos, em muitas áreas profissionais, inclusive na enfermagem, anulando a iniciativa e produtividade das pessoas, reduzindo-as exclusivamente a peças de uma engrenagem” (p.14).

A definição de SCE está longe de ser consensual, mesmo para os conhecedores da temática, o que nem sequer foi o caso da realidade estudada. Os participantes foram proferindo palavras e expressões ao longo do seu discurso que revelavam algumas partes de diferentes conceitos, mas uma definição completa tornou-se uma tarefa quase impossível.

“Isso das definições é sempre mais complicado, uma definição supõe-se que se diga em poucas palavras muita coisa, portanto começa logo, começa logo por aí!” E15

Curiosamente, para alguns sujeitos estava claro o que a SCE **‘não é ou não deve ser’**. As unidades de registo evidenciaram que estes enfermeiros chefes ou responsáveis dos serviços entendiam que a SCE não devia servir para avaliação, controlo ou punição dos enfermeiros.

“Não é uma avaliação.” E1; “Não para os punir [aos enfermeiros].” E5; “Não é um controle do trabalho dos outros, não, penalizadora, não.” E15; “A supervisão, lá está, não vejo como um polícia” E17

Contudo, nem todos os enfermeiros pensavam da mesma forma, algumas unidades de registo revelaram o oposto das anteriores. Assim, muitos dos participantes (sete) definiram SCE centrando-se na **'avaliação'** dos profissionais,

"Uma avaliação de todos os parâmetros (...) em todas as áreas, qualidade, quantidade (...)." E3; "É o ato que o enfermeiro responsável ou o enfermeiro chefe faz junto do profissional, do enfermeiro, junto do doente (...) em que faz uma avaliação de todo o desempenho do enfermeiro junto do doente." E14

Kilcullen (2007) refere que o termo supervisão tem origem na indústria e que o papel do supervisor nesta área tinha como objetivo a execução do trabalho de acordo com as políticas e procedimentos, podendo o termo supervisão ser entendido como "(...) a top down approach to work" (p.1030).

Nesta fase do nosso estudo, vários participantes referiram-se à SCE como avaliação de desempenho dos enfermeiros, em que se verifica a prestação de cuidados, se compara com o que está previamente estabelecido e se corrigem os desvios, tornando-se esta uma das confusões mais comuns e frequentes quando se aborda esta temática. Parreira (2005) afirma, a propósito da avaliação de desempenho em enfermagem, que esta :

"(...) obedece a um processo exigente para com a organização e o indivíduo, na medida em que a obriga à definição de padrões de qualidade, ao estabelecimento de normas e critérios para avaliação de desempenho, à realização de entrevista de orientação inicial e entrevista periódica de orientação, à realização de relatório crítico de atividades, e entrevista para discussão do relatório crítico de atividades culminado na atribuição de menção qualitativa (...)" (p.317).

A avaliação de desempenho é imprescindível nas organizações, pois permite alcançar um conjunto de objetivos que vão desde melhorar a produtividade ao auxílio nas decisões sobre a relação jurídica de emprego dos funcionários mas também ao julgamento da atuação dos profissionais (Chiavenato, 1999), o que nada tem a ver com a supervisão.

"Comparação entre o desempenho [do enfermeiro] e aquilo que é o padrão, medidas corretivas que seriam necessárias implementar e que proporcionassem a melhoria da pessoa em relação a determinado fator. (...) Tem a ver com o processo de avaliação de desempenho." E9

Lynch e Happell (2008a) alertam que um dos fatores que mais concorre para a resistência à implementação da supervisão clínica é a falta de conhecimento sobre esta. A visão da SCE como avaliação e, na opinião de alguns dos participantes, penalização tem um impacto profundamente negativo sobre os enfermeiros e podemos afirmar que converge mesmo para a resistência à sua implementação. É lícito que os supervisados fiquem relutantes em discutir e refletir a sua prática com alguém que tem influência na promoção/progressão da sua carreira, particularmente nos nossos dias em que a conjuntura nacional e internacional é francamente desfavorável aos trabalhadores e em que a oferta supera a procura e a precariedade dos contratos de trabalho são a realidade dos nossos contextos.

Já em 2000, Bartle alertava que uma implementação de sucesso em supervisão clínica era influenciada pelo conhecimento das equipas sobre o assunto.

Noutra perspetiva, alguns participantes enfatizaram, na definição de SCE, diferentes tipos de conteúdos que se encontram habitualmente na literatura sobre a temática:

o ‘acompanhamento’,

“O acompanhamento de profissionais no exercício da sua prática diária.” E9;
“Supervisão é o acompanhamento, é o tentar, é o conhecer o outro, ou pelo menos tentar conhecer o outro.” E13

a ‘aprendizagem ao longo da vida’,

“Os profissionais também devem eles próprios valorizar-se o máximo (...) tenho consciência que com vinte anos de enfermagem não presto hoje os mesmos cuidados que prestava há cinco anos atrás, ou há dois anos atrás.” E15;

o ‘crescimento e desenvolvimento profissional’,

“Para a pessoa crescer, para a pessoa desenvolver, num ou outro ponto que não esteja tão bem desenvolvida (...)” E12; *“Vejo a supervisão clínica como um crescimento e um desenvolvimento profissional.” E18*

a ‘resolução de problemas’,

“É uma forma de ajudar a lidar com situações, a resolver-las (...) essa supervisão clínica não tem (...) a ver não com parte da gestão mas com o desenvolver as atividades de enfermagem e a resolução de problemas.” E1

o **'processo'**,

"A supervisão clínica é um processo em que o enfermeiro orienta outro enfermeiro. É um processo de partilha, em que uma pessoa ou um profissional com conhecimentos, com capacidades, um profissional experiente, e nessa experiência vamos integrar habilidades e o perfil." E16

a **'qualidade dos cuidados'**,

"É um fio condutor para uma melhor qualidade de cuidados ao utente." E5; "Eu gosto muito da excelência de cuidados e é sempre nessa perspectiva (...)." E14

e a **'segurança'**,

"Isso é uma das causas principais, a diminuição de erros, pode ser um dos efeitos da supervisão clínica. (...) " E6; Supervisão (...) para que não haja o erro, para que ele não aconteça, porque ele acontece (...) portanto, com a supervisão esse erro pode ser diminuído e bastante; mais segurança para os utentes, para os profissionais, para todos." E17

McLeod *et al.* (1997) citados por Ping (2008) referem que a supervisão clínica para ser efetiva: "(...) needs to be a planned teaching and supervision session to develop independent practitioner with problem – solving skills, self – directed learning ability, autonomy and life – long capability" (p.29). Destacamos esta última capacidade (aprendizagem ao longo da vida) por ser cada vez mais importante face à rapidez com que evoluem os conhecimentos. Esta é:

"(...) geralmente aceite como um importante princípio para o século vinte e um, não só porque os profissionais precisam de estar a par dos conhecimentos do seu campo e de se adaptarem às mudanças de papéis (Departamento da Saúde, 2001b), mas também porque os cidadãos em geral, cujos papéis e oportunidades sociais de trabalho estão constantemente a mudar, à medida que as revoluções tecnológicas e sociais vão abrindo novos espaços" (Craig & Smith, 2004, p.11).

A aprendizagem ao longo da vida é importante, pois a falta de desenvolvimento profissional pode aumentar o risco de incidentes críticos e eventos adversos. Promover esta capacidade e apoiar a autoavaliação através da supervisão contribuirá para uma dinâmica de cuidados de qualidade e uma prática segura. Por sua vez, a supervisão clínica "(...) is a professional developmental relationship that underpins and supports lifelong learning, but is often underused and undervalued due to misinterpretation, problems with organizational endorsement and supervisory relationships, and lack of funding or time" (Howatson-Jones, 92

2003, p.41). Domino (2005), a propósito da aprendizagem ao longo da vida, resume a sua necessidade da seguinte forma: “(...) to maintain competency in safe practice, nurses must become lifelong learners” (p.187).

Vários autores, tais como Butterworth e Faugier, já em 1992, definiam SCE enfatizando que o processo não envolve penalidades e que deve proporcionar oportunidades para desenvolvimento. O documento ‘*Vision for the future*’ do NHS Management Executive (1993) define supervisão clínica como:

“A formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in complex clinical situations. It is central to the process of learning and to scope of the expansion of practice and should be seen as a means of encouraging self – assessment and analytical and reflective skill’s” (p. 15).

Esta definição de SCE realça a noção de processo formal, pelo que não pode ser feito *ad hoc* e envolve compromisso por parte da instituição de saúde, realça a responsabilidade, a proteção do cliente e o aumento da segurança das práticas clínicas. Por sua vez, em 1998, Bishop coloca a ênfase da supervisão clínica numa prática clínica reflexiva com o intuito de haver mecanismos de apoio para o desenvolvimento de *standards* de cuidados.

Severinsson (2001) refere-se à SCE como “(...) fenómeno que contém não só a relação entre o supervisor e o supervisionado mas também o processo de aprendizagem da experiência clínica cujo objetivo geral é apoiar o desenvolvimento da identidade laboral do supervisionado, as suas competências e a sua ética” (p.36). Esta autora chama a atenção não só para a relação que se estabelece entre os intervenientes mas também para o objetivo da SCE.

Em 2003, Maia e Abreu definiram SCE como:

“Processo dinâmico, interpessoal, e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional” (p.8).

Por sua vez, Garrido, em 2004, apontou a dificuldade em encontrar um conceito satisfatório, pelo que a definiu como:

“Um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que executa práticas clínicas e um supervisor clínico de enfermagem. Este relacionamento envolve o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática e permitirá consequentemente, aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões e promover a inovação na prática clínica” (p.33).

Abreu, em 2007, sintetiza a definição e refere que é: “(...) um processo de acompanhamento de profissionais de enfermagem pelos seus pares (...) [e em] que na base da SCE está o princípio do desenvolvimento pessoal e profissional” (p.18). No nosso país, a OE definiu supervisão clínica no contexto do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) como:

“Um processo formal de acompanhamento da prática profissional que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. A ação, a reflexão e a colaboração entre supervisor e supervisionado são eixos centrais na supervisão clínica” (Nunes, 2009, p.5).

Cutcliffe & Loewe (2005) chamam à atenção para a existência de duas perspetivas concetuais acerca do propósito da supervisão clínica:

- Uma relacionada com a literatura norte americana que concetualiza a supervisão clínica como uma oportunidade para o enfermeiro mais experiente monitorizar, educar e apoiar um enfermeiro com menos experiência na *performance* clínica;
- Uma relacionada com a literatura europeia que concetualiza a supervisão clínica como uma oportunidade para ajudar e apoiar os enfermeiros a refletir e a resolver os dilemas, as dificuldades e os sucessos.

Apesar dos vários pontos de vista apresentados sobre o conceito de SCE, todos válidos, Buttherworth, Bell, Jackson e Pajnikihar (2008) comentam acerca deste aspeto que “(...) there are some rather ‘tired’ discussions offering no new insights but encouragingly, new ideas relating to patient outcome and professional development are emerging” (p.270).

Em síntese, no que se refere ao conceito de SCE, podemos afirmar, tal como a literatura descreve, que existem definições de SCE que se centram nos objetivos e no propósito da mesma, outras que enfatizam o processo e a relação que se estabelece entre o supervisor e o supervisionado e outras ainda que se focalizam no supervisionado e na oportunidade para este refletir quer a nível pessoal, quer a nível profissional (Lynch, Happell & Sharrock, 2008).

Após termos questionado os participantes sobre o conceito de SCE, procurámos saber que modelos de SCE tinham implementado no CHMA e/ou conheciam da literatura.

No que se refere ao **'modelo'** instituído no CHMA (ver anexo 15), constatou-se que existem práticas de supervisão, pois alguns dos participantes (cinco) referem-se ao modelo de SCE como aquele que usam para a **'integração de novos elementos/manuais'** nos serviços.

"Era mais de orientação de integração do enfermeiro, integração do novo enfermeiro, com os passinhos todos." E8; "Aquilo que fazemos em termos de integração e é baseado na nossa experiência, naquilo que é recomendado pela Associação [Z]." E11; "Quando chega um enfermeiro novo ao serviço, é destacado um elemento que o acompanha (...)." E18

Curiosamente, para um dos participantes o modelo de SCE deve ser o seu modelo (**'auto proposto'**) cuja plataforma são as regras que coloca aos enfermeiros recém-chegados ao serviço.

"Há regras que eu ponho [aos recém admitidos] quando chegam ao serviço." E11

No entanto, a maioria dos participantes não tem conhecimentos sobre os modelos de SCE existentes (**'ausência'**),

"Não temos nada, não temos nada no serviço." E1; "Não, não existe (...)" E2; "Não. Não (...) podemos, depois vir a ter. Perceber o que as pessoas têm ou não têm e o que gostavam de ter." E4; "Que eu saiba não. Nem aqui nem em outras Instituições." E18

Existe uma panóplia de modelos de SCE, desde os que tomam por foco o desenvolvimento do supervisionado aos que se centram nas funções da supervisão clínica, passando pelos que se referem à relação supervisiva ou até aos que se centram na prática

(Cruz, 2008), não obstante ser consensual que não existe ‘um modelo’, e que devem ser os próprios atores intervenientes nos contextos que o devem definir face à realidade em que se inserem.

Se já referimos que existem inúmeras definições de SCE, podemos também afirmar que existem inúmeros modelos de SCE. Um modelo é como um mapa, um guia que nos orienta para/na ação. Abreu (2007) refere que um modelo pode ser compreendido como “(...) uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a ação” (p.190).

O NHS (2009) refere na sua literatura que se podem encontrar inúmeros modelos, mas a escolha deste é de ordem de preferência pessoal, sendo que todos incluem aspetos que relacionam o apoio profissional, a educação, o desenvolvimento e o treino com função de garantia da qualidade e segurança do doente.

No século passado, na década de 80, existiam fundamentalmente modelos de supervisão centrados no desenvolvimento e nos papéis sociais. Só mais tarde é que vários autores desenvolveram modelos de SCE (Cruz, 2008). Hyrkäs (2002) refere que os vários modelos que existem se enquadram em, pelo menos, quatro perspetivas teóricas do conceito de supervisão clínica, nomeadamente a que dá ênfase ao desenvolvimento, a que dá ênfase às funções da supervisão clínica, a que dá ênfase à relação de supervisão clínica e a que dá ênfase à relação com os pacientes.

No que diz respeito aos modelos de SCE, a oferta é muito variada. Abreu (2003) refere a este propósito que “(...) podemos identificar, na literatura anglo-saxónica, diversos modelos de SCE: Proctor (1986), Page e Wosket (1994), Hawkins e Shohet (1989), Johns (1997, 1998), Butterworth e Faugier (1992) e os modelos reflexivos de Van Manen e Smith e Hatton.” (p.18).

Apresentaremos sucintamente alguns dos modelos de SCE mais referenciados na literatura de enfermagem, conscientes que muitos deles necessitam de clarificação dos seus atributos principais, tal como afirmam Sloan e Watson (2001b):

“At its [clinical supervision] core is a significant relationship demanding command of a high level of interpersonal competence. Unfortunately, many current supervision models cited in the nursing literature would appear deficient in this focus and omit clarification of their essential attributes” (p.210).

Proctor (1986) é autora de um dos modelos mais citados na literatura de enfermagem (Sloan & Watson, 2002). O modelo que desenvolveu é centrado nas funções da supervisão clínica, nomeadamente:

- Formativa – caracteriza-se pela sua natureza educacional e está ligada ao desenvolvimento de competências, compreensão e habilidades do supervisionado;
- Restauradora – caracteriza-se por apoiar ações e respostas do supervisionado com o intuito de diminuir o stress e manter as emoções adequadas às situações clínicas;
- Normativa – caracteriza-se por ser uma função centrada no controlo da qualidade, sendo essencial para o desenvolvimento de *standards* pelo que pode contribuir na auditoria clínica.

Elementos destas três funções devem ser considerados partes integrantes de um sistema de avaliação do processo de supervisão, pelo que a sua presença ou ausência estarão relacionados com o sucesso do processo supervisionado (Winstanley & White, 2002).

Apesar de ser o modelo de supervisão clínica mais popular no Reino Unido (Lynch, Hancox, Happell & Parker, 2008), vários autores, incluindo Sloan & Watson (2001b), teceram uma crítica a este modelo referindo que:

“What remain unclear are the components, which can be regarded as requisite for the pursuit of each of this model’s three functions. For example, what supervisor interventions might be considered appropriate when working in the formative, normative and restorative domains?” (p.210).

Também Abreu (2007) se refere ao mesmo aspeto, afirmando que “(...) a lacuna existente no modelo de Proctor é não conseguir delinear as intervenções consideradas requisitos para cada uma das três funções” (p.195).

Por sua vez, o modelo de Nicklin (1997) centra-se na prática e é muito semelhante ao modelo interativo das três funções de Proctor (Sloan & Watson, 2002). O autor não só substituiu a denominação das funções atribuída por Proctor e classificou-as, como referem Garrido *et al.* (2008), em “(...) educativa, suportiva e administrativa (managerial)” (p.26), mas também transferiu as fases do processo de enfermagem para o ciclo de supervisão e concluiu que este se faz em seis etapas. “He also transferred the stages of the nursing process into a supervision cycle, that is, practice analysis, problem identification, objective setting, planning, implementation/action and evaluation. Furthermore, Nicklin incorporated counseling skills, thus emphasizing the interpersonal dynamic of the supervision enterprise” (Sloan & Watson, 2002, p.45).

Heron (1990) sugere um modelo de seis categorias de estilos de intervenção que foi adaptado para a enfermagem. Sloan e Watson (2001b) argumentam que, devido ao foco interpessoal, o modelo de Heron é compatível com as bases interpessoais da supervisão clínica.

Os seis estilos de intervenção do supervisor podem ser classificados em dois estilos mais amplos, nomeadamente:

- Autoritário – este estilo está relacionado com a assertividade do supervisor face às ações do supervisionado. As intervenções autoritárias são aquelas que permitem ao sujeito manter o controlo da relação (Sloan & Watson, 2002). Por sua vez, este estilo subdivide-se em três:
 - Prescritivo – o supervisor aconselha diretamente o supervisionado e orienta explicitamente o seu comportamento;
 - Informativo – o supervisor dá informação e instrução ao supervisionado;
 - Confrontativo – o supervisor coloca-se frente a frente com o supervisionado e clarifica e desafia as suas atitudes enquanto lhe dá *feedback* imediato.
- Facilitador – este estilo é menos diretivo que o anterior e está relacionado com a informação do supervisionado. Intervenções facilitadoras são aquelas que

permitem que o controlo se mantenha no cliente (Sloan & Watson, 2002).

Também se pode subdividir em três estilos:

- Catártico – em que o supervisor dá ênfase à necessidade do supervisionado manifestar as suas emoções e sentimentos, reduzindo desta forma a tensão do supervisionado;
- Catalítico – em que o supervisor promove a reflexão do supervisionado sobre determinadas áreas ou experiências significativas, pelo que o estimula a ser autodirigido e reflexivo;
- Suporte – em que o supervisor se focaliza nas dimensões pessoais e na promoção da segurança do supervisionado, pelo que, por esta via, confirma e valida o seu valor e mérito.

Segundo Abreu (2007), este modelo “(...) consiste numa abordagem concetual, concebida com o objetivo de melhor compreender as relações interpessoais, particularmente as intervenções realizadas num paradigma de ajuda” (p.192). Note-se que os diferentes estilos de intervenção do supervisor têm o mesmo valor, não sendo preferíveis *per si* uns em detrimento dos outros. As intervenções autoritárias não são mais ou menos válidas que as intervenções facilitadoras. A importância do tipo de intervenção é determinada pela natureza do papel de quem a pratica, das necessidades do cliente e do foco e conteúdo da respetiva intervenção (Sloan & Watson, 2002).

Autores como Ekstein e Wallerstein (1972), Hawkins e Shohet (1989) desenvolveram modelos de supervisão clínica que se centram nos cuidados aos clientes. Ekstein e Wallerstein demonstraram que existe uma relação direta entre a supervisão e a promoção da qualidade (Abreu, 2007). Referem que a supervisão clínica é um processo simultâneo de formação e de aprendizagem que resulta de um sistema multifoco. Este consiste nas diferentes relações que se estabelecem, tais como a relação supervisor – supervisionado, a relação supervisionado – utente e a relação supervisor – utente (esta relação é um foco de atenção para a formação do supervisionado). Por sua vez, o modelo de Hawkins e Shohet (1989) é um modelo flexível que divide a supervisão em quatro componentes, nomeadamente o supervisor, o supervisionado, o cliente e o contexto de trabalho (Winstanley, 2000). O modelo assenta em dois sistemas ou matrizes interligadas, nomeadamente:

- Sistema terapêutico – este sistema ocorre entre o supervisionado e o cliente;
- Sistema de supervisão – este sistema ocorre entre o supervisor e o supervisionado.

Os diferentes estilos de supervisão estão relacionados com as constantes escolhas e decisões que o supervisor faz e ambos os sistemas se baseiam num “(...) similar type of agreed contract of time spent together through negotiated shared tasks and goals” (Winstanley, 2000, p.8). Também Abreu (2007) refere a propósito destes sistemas: “Ambas as dimensões pressupõem o exercício de competências de ordem relacional e didática, bem como a partilha de objetivos e estratégias de intervenção” (p.191).

À semelhança do conceito de SCE, os modelos nesta área são diversos, contudo importa realçar que o facto de os modelos de SCE existirem é uma prova do reconhecimento da maturidade da profissão (Abreu, 2002), que os enfermeiros necessitam de apoio contínuo na sua prática profissional, pelo que os modelos são referenciais operatórios para que este suporte não seja feito *ad hoc*, e que não existe ‘o modelo de SCE’ pelo que devem ser os intervenientes no processo que o devem definir, de modo a que este possa dar respostas às necessidades *in loco*. Garrido *et al.* (2008) são de opinião que “(...) nenhum modelo é melhor que o outro, o contexto organizacional e profissional é que irá determinar a seleção do modelo a utilizar, uma vez que o propósito dos modelos é fornecer referências objetivas para a tomada de decisão em contexto” (p.27).

Após termos questionado os participantes sobre os modelos, optámos por os interrogar sobre as estratégias de SCE que utilizavam.

No que se refere às ‘**estratégias**’ em SCE (ver anexo 16), os participantes enumeraram um conjunto vasto delas, não obstante, nem todas serem lícitas para serem usadas, nomeadamente as que pertencem às subcategorias: ‘**fazer intriga**’,

“Simplesmente o burburinho, o diz que disse, a quezília é muito maior aqui (...) isto é tudo muito próximo, é o diz que disse, o nhénhé, o boato, a notícia.” E11; “(...) Também para saber com o que é que [se] conta, entre colegas também saber o que é que às vezes se passa (...) claro que eu conheço-os todos, sei bem do que eles são capazes.” E17

'punir/expor/envergonhar publicamente'

"A punição, isto é, a exposição de um desvio reiterado e sistemático a algumas pessoas é benéfico, se o fizer em exposição pública." E9; "É triste a gente ver situações que sabe que à partida não vão funcionar, e funcionam um bocado à porrada, não é? Isso não deixa de ser supervisão, não é? É supervisão à porrada, passando a expressão, funciona muitas vezes por aí." E10

e 'segredar/espionar'.

"(...) podemos ter um supervisor da atividade sem que o supervisionado saiba de uma forma declarada." E9; "Eu posso estar a avaliar um enfermeiro que até esteja a fazer as coisas mal, mas ele até pode nem saber." E13

Estratégias como as anteriormente referenciadas não devem ser usadas, pois não têm qualquer propósito ou fundamento em SCE. A relação supervisiva constrói-se com base numa relação de confiança e de confidencialidade entre supervisor e supervisionado, pelo que as estratégias atrás referidas vão contra os princípios básicos e fundamentais da supervisão e de uma relação de *coaching*, tal como apontam Rego, Cunha, Oliveira e Marcelino (2007): "A confiança mútua, o respeito mútuo e a mútua liberdade de expressão formam os alicerces fundamentais [deste tipo de] relação" (p.186). Acresce ao exposto que as estratégias anteriormente referidas podem levar ao sofrimento e a experiências negativas para os intervenientes no processo supervisivo, pelo que é relativamente fácil apontar o que é uma má e ineficaz supervisão, mas o contrário continua a ser uma tarefa bastante difícil, exigente e quase utópica.

Outras estratégias foram também referenciadas, tais como:

'advertir',

"Não vou também dizer que estão mal, mal, pronto que estão menos bem e a gente às vezes é na hora que a gente deve dizer à pessoa." E4; "Se é uma situação pontual de um enfermeiro A, B ou C chamo diretamente a pessoa (...)." E6

'auditar',

"Agora que estamos aplicar o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) de vez em quando eu faço umas auditorias, ver como é que está a decorrer, para poder ver se realmente cada enfermeiro está a fazer de forma correta." E6

‘delegar’,

“Eu tenho-os divididos por especialidades, cada especialidade tem um líder, e esse líder periodicamente há reuniões que nós vemos o que é que está bem e o que é que está mal.” E13

‘determinar objetivos’,

“Pode haver equipas de trabalho que sejam organizadas precisamente com esta perspetiva, em função de um determinado objetivo, que tem a ver com a melhoria no desempenho de uma determinada vertente.” E9

‘monitorizar/observar’,

“Na noite, a minha supervisão é indireta, através dos registos, através das passagens de turno e também através da visualização dos doentes no final da passagem de turno (...)” E2; Temos várias estratégias para supervisionar, desde os registos, o que registam e pela observação direta (...)” E12; “(...) Às vezes até estou por fora das salas a observar determinados comportamentos (...) por meia dúzia de perguntas (...) consegue-se chegar lá, se o enfermeiro cumpriu ou não com o trabalho que lhe estava atribuído.” E13

‘normas/procedimentos/protocolos’,

“Foi tudo normalizado, não havia normas de serviço, não havia nada, foram efetuadas as normas de todas as atividades que se fazem aqui no serviço, e foi explicado e é feita supervisão, aqui é feita, e as coisas estão de acordo com o que está normalizado, protocolado.” E10

‘conhecer o grupo’,

“(...) Fundamental é conhecer os colegas, conhecer os colegas enquanto elementos e enquanto possuidores de um currículo profissional (...)” E15

e ‘selecionar/escolher’

“Fazer a elaboração dos horários, já estou a fazer uma parte de supervisão clínica porque estou a fazer rotação dos serviços conforme o regulamento da instituição, conforme as rotações por turnos; apesar de aplicar um roulement tento (...) que os turnos não fiquem assegurados com alguns elementos (...)” E7

Estas subcategorias e unidades de contexto/registo evidenciaram aspetos centrais ligados à qualidade, tais como: a *performance* dos profissionais, a gestão dos recursos humanos, a gestão do risco, que no discurso dos participantes, provavelmente por serem enfermeiros chefes, estavam focalizados em conteúdos relacionados com a gestão e não

especificamente com a SCE. Relativamente à *'delegação'*, a unidade de contexto evidencia a possibilidade que o(a) enfermeiro(a) chefe deu aos seus elementos de serem líderes nas áreas das especialidades.

Bolmeijer (2007) refere que a delegação é uma componente chave do *empowerment*, em que o gestor partilha o poder com um subordinado. Hudson (2008) refere que para esta ser eficaz tem que ser coordenada, planeada e desenvolvida e acrescenta que os seus benefícios incluem inovação, aumento da satisfação profissional, maior flexibilidade e adaptação à mudança, melhor liderança nos processos supervisivos, aumento da qualidade e rapidez nas decisões.

As *estratégias de gestão* que foram enumeradas podem contribuir para a eficácia da SCE, dado que esta não deve existir desintegrada da estrutura hospitalar, atente-se no exemplo da gestão de recursos humanos, esta envolve todas as decisões relacionadas com a seleção, formação, desenvolvimento, recompensa e relações com os funcionários (Bilhim, 2002), o que tem influência na política de supervisão da instituição.

Tromski-Klingshirn e Davis (2007) referem que a supervisão administrativa é composta por tarefas de gestão, tais como implementar políticas e procedimentos relativos à continuidade de cuidados, à garantia da qualidade e da responsabilidade, à contratação, ao despedimento, à advertência, pelo que, provavelmente, os participantes do nosso estudo confundiram diferentes aspetos, tais como funções, estratégias e finalidades das estratégias de supervisão. Tanto assim que a estratégia *'monitorização/observação'* foi a mais referenciada por eles, tendo, na maior parte das vezes, o sentido de vigiar o comportamento, as atitudes e a *performance* dos enfermeiros, de verificar o cumprimento do plano de trabalho atribuído e de observarem os erros na prestação dos cuidados ou nos registos efetuados. Enfim, constatou-se que os participantes estiveram centrados na comparação e no desvio aos padrões de qualidade. Stuart (2003) alerta que "(...) we should also bear in mind that competence is a construct that is not directly observable but is inferred from successful performance" (p.89).

Importa referenciar o que é a monitorização/observação, pois são estratégias deveras importantes em SCE e o sentido que lhes foi atribuído está distorcido daquilo que

deve ser. Stuart (2003), a propósito do mentor dos estudantes, refere que “(...) monitoring in this context, and not ‘policing’, is viewed as a process to help student learning, development and progression” (p.161), tal como se pode extrapolar para a supervisão de profissionais.

De Ketele (1980) afirma que “(...) observar é um processo que inclui a atenção voluntária e a inteligência, orientado por um objetivo final ou organizador e dirigido a um objecto para recolher informações sobre ele” (p. 27). Isto implica que na base de qualquer observação exista um referencial pessoal acerca do que vai ser observado. A observação supõe “(...) um movimento de aproximação ao real, para descobrir algo de novo para lá do que se apresenta sob a aparência do já conhecido. Observar supõe uma posição nova, uma rutura com o que até aí orientou o olhar” (Ciccone, 2000, p. 18). De facto, o percebido não é o real, até porque os órgãos dos sentidos têm especificidades que nos impossibilitam de o alcançar (Ciccone, 2000).

A montante da observação está a percepção (Damas & De Ketele, 1985) e a “(...) percepção produz distorções [...] perceber não consiste em registar passivamente a realidade para dela produzir um decalque, uma cópia conforme. A percepção transforma a realidade. A percepção inventa e constrói a realidade à medida que a descobre” (Ciccone, 2000, p.19). Por sua vez, Alarcão e Tavares (2003) chamam à atenção para a diferença entre a observação e a interpretação. Ambas estão tão relacionadas entre si que os autores se atrevem a dizer que a observação tem duas fases – o registo do que se vê e a interpretação daquilo que se viu.

Estrela (1994) refere que o professor “(...) ‘olha’ para a sua classe, mas não a ‘vê’” (p.13). De facto, o processo de observação depara-se com algumas dificuldades que derivam da “(...) contingência das diversas variáveis nele intervenientes, nomeadamente, o sujeito observador, o objeto – observado, a interação sujeito observador – objeto observado e as situações pedagógicas” (Dias & Morais, 2004, p.50). Postic (1990) realça que “(...) é difícil fazer uma representação geral do conjunto de variáveis que intervêm na situação pedagógica” (p.139). Apesar dos autores se referirem à prática pedagógica, podemos extrapolar para a prática clínica, acrescentando que, provavelmente, esta ainda se reveste de maior complexidade que a pedagógica. Abreu (2001) afirma que os estudos que tiveram o

contexto hospitalar como objeto de reflexão apontam-no como um “(...) complexo social, onde coexistem tecidos socio-culturais, racionalidades e ideologias distintas” (p.61). Em 2007, o mesmo autor chama à atenção para a complexidade das instituições de saúde que constituem contextos sociais,

“(...) onde se verificam combinações complexas que se estabelecem entre objetivos oficiais (institucionais) e os objetivos operatórios, próprios de cada grupo profissional (Carapineiro, 1993). São ainda lugares sociais onde os atores possuem diversos tipos de socialização profissional, percurso formativo e localizações na divisão do trabalho clínico (Freidson, 1984)” (p.88),

pelo que observar num contexto desta natureza ainda é mais difícil.

A observação permite a recolha de informação, pelo que De Ketele e Roegiers (1993) chamam à atenção para:

“(...) procurar compreender, procurar descrever, explorar um novo domínio, pôr ou verificar uma hipótese, avaliar as prestações de uma pessoa, avaliar uma acção, um projeto, ..., são alguns dos passos fundamentais cujo êxito está, antes de mais, ligado à qualidade das informações em que se apoiam” (p.11).

Ciccone (2000) afirma que a “(...) observação funda-se numa apreensão do real, do objeto pela atividade da percepção, pelas vias da sensorialidade, ocupando o olhar, [...], um lugar privilegiado nesta atividade da percepção” (p.19). Pela análise desta afirmação e sabendo que a percepção produz distorções facilmente podemos deduzir que os erros podem estar presentes na observação.

Damas e De Ketele (1985) sintetizam três tipos principais de fontes de erros, nomeadamente os erros provenientes do observador, do observado e os do processo de observação. Stuart (2003) refere que “(...) a avaliação clínica é predominantemente baseada na observação direta da prática. A observação humana inevitavelmente possui vieses inerentes e subjetividade pelo que é um processo subjetivo” (p.17).

O recurso a alguns dispositivos, tais como: registos de incidentes críticos; *check lists*; escalas de classificação; grelhas de observação (Pais & Monteiro, 2002) podem auxiliar a observação e serem uma mais-valia, de modo a reduzir ou minimizar os erros. Stuart (2003)

sugere que, para uma observação efetiva, é necessário usar *check list*, haver tempo suficiente para a observação e estar consciente do viés do observador e do efeito do observador. Segundo o mesmo autor, existem vantagens de observar a prática, nomeadamente:

- Can provide a high level of integrated assessments (...);
- Allows assessments of attitudes and interpersonal skills (...);
- Offers realistic evidence of competence (...);
- Allows evaluation of problem solving (...);
- Mistakes in performance can be corrected (...)" (p.90)

Existem também desvantagens:

- Circumstances of observation may be too specific (...);
- Requires lengthy and costly assessments for reliability (...);
- Gives indirect evidence of knowledge/understanding only (...);
- Does not assess ability to learn through practice (...);
- Subject to observer bias and observer effect" (p.90-91).

Em síntese, a observação é

"(...) uma das formas da atenção, um prolongamento da atenção, a qual se define como uma concentração da atividade psíquica sobre um objeto particular. Mas o termo atenção é, também, sinónimo de solicitude, de consideração (...). [Assim], a finalidade da observação é a aquisição ou o desenvolvimento de conhecimentos, a criação de novos sentidos" (Ciccone, 2000, p.18 – 19).

Os participantes referiram-se ainda a um conjunto de estratégias que são utilizadas com frequência em SCE, tais como:

'acompanhar',

"Há sempre o cuidado de quem está, das pessoas que têm aquela destreza e aquele conhecimento de estar lá junto com outra pessoa (...) as pessoas nunca se sentem sozinhas." E16

'apoiar';

“Inicialmente há um grande apoio.” E16; “É preciso dar apoio (...)” E18

‘ser assertivo’;

“Eu tento ser assertivo mas se as coisas não vão assim, então têm que ser mesmo mandados.” E13; “(...) É o saber entrar na hora certa (...)” E14

‘formar/ensinar/orientar’,

“Ensinar de forma positiva, de forma que eles entendam que lhes estão ajudar e não a criticar (...) têm o papel de orientar as pessoas mais novas.” E8; “Formações específicas após diagnóstico de situação de necessidades, portanto, fazer formação com base em necessidades, (...)” E15

Garrido, *et al.* (2008) referem que para orientar clinicamente é necessário que “(...) o saber esteja investido na ação e que os conhecimentos resultantes da ação sejam pontos de partida para novas aquisições, quer para elaborações a mobilizar, quer para repensar as já existentes” (p.27). Desta forma, permite interligação dos pilares da educação com o ato educativo *per si*.

Carvalho (2003) enumera um conjunto de estratégias de orientação em ensino clínico, mas que muitas delas podem ser utilizadas na orientação de profissionais, tais como: demonstrações; simulação de situações reais; estudos de caso; formulação de questões reflexivas; debates; discussões, entre outras.

Os participantes do nosso estudo também enfatizaram estratégias como:

‘motivar’,

“Porque gosto de motivar o grupo.” E14; “Dou todos os incentivos para as pessoas se desenvolverem naquela área.” E16

e ‘dar reforço positivo/dar feedback’,

“O reforço positivo é uma prática corrente, o reforço positivo, quer em relação à prática dos cuidados, quer em relação a outros indicadores (...) dou, feedback, dou.” E9

Ping (2008) afirma que o *feedback* pode proporcionar uma crítica construtiva e sugestões de melhoria enquanto a avaliação faz um julgamento baseado em *standards* e critérios.

Gray e Smith (2000), a propósito do mentor dos estudantes de enfermagem, afirmam que um bom mentor incorpora o *feedback* no ensino dos estudantes, no entanto, alertam que os estudantes contestam que é difícil encontrar um mentor que lhes dê uma crítica construtiva. “For feedback to have maximal motivational impact on learning, it should take place while it is still relevant and points raised are therefore more meaningful and alive (Bailey 1998, Gips 1994); furthermore, the event and its details are fresh and accessible to memory and not distorted with time (Jones, 1995)” (Stuart, 2003, p.135), pelo que, segundo o autor, é essencial que o *feedback* construtivo seja gerido sistematicamente e com disciplina. Este aspeto é relevante quer na orientação de estudantes, quer na supervisão de profissionais.

Atualmente, o supervisor precisa de ter uma panóplia de estratégias, experiências e conhecimentos de forma a dar resposta às múltiplas interrogações e desafios que se colocam todos os dias pelo avanço do conhecimento científico. Assim, a crítica construtiva poderá servir como um impulso e estímulo à procura do conhecimento e de experiências que permitam ao supervisionado evoluir no seu percurso, pois “(...) a major determinant of self-esteem is feedback from significant others” (Stuart, 2003, p.161).

Finalmente, referiram-se a **‘refletir’** como estratégia supervisiva:

“A reflexão, penso que é uma boa, excelente estratégia de supervisão.” E5; Levar os enfermeiros a refletir acerca dos conhecimentos que têm, da necessidade de formação contínua (...).” E18

A OE (2001) afirma que “(...) a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados” (p.5), pelo que há uma relação óbvia entre a reflexão, o tempo e a qualidade.

A reflexão é parte integrante no processo e no propósito da SCE, mas não é sinónimo de SCE. Brunero e Stein-Parbury (2008) referem que esta é o primeiro processo cognitivo da supervisão clínica “(...) thinking back on clinical experiences in order to recount them and deepen understanding and/or identify areas for further improvement” (p.87). A reflexão é

particularmente relevante para o crescimento e desenvolvimento profissional. A prática reflexiva pode ser usada com vários objetivos, tais como:

- Identificar necessidades de aprendizagem;
- Identificar novas oportunidades de aprendizagem;
- Identificar o melhor modo de aprender;
- Identificar novos caminhos de ação;
- Explorar soluções alternativas para a resolução de problemas;
- Desenvolver a nível pessoal;
- Desenvolver a nível profissional;
- Escapar à prática rotineira;
- Consciencializar as consequências dos atos;
- Demonstrar as competências a terceiros;
- Demonstrar as 'façanhas' ao próprio e a outros;
- Construir teorias a partir de observações;
- Tomar decisões ou resolver incertezas;
- Emancipar e *empowerment* do próprio enquanto indivíduo (Jasper, 2003).

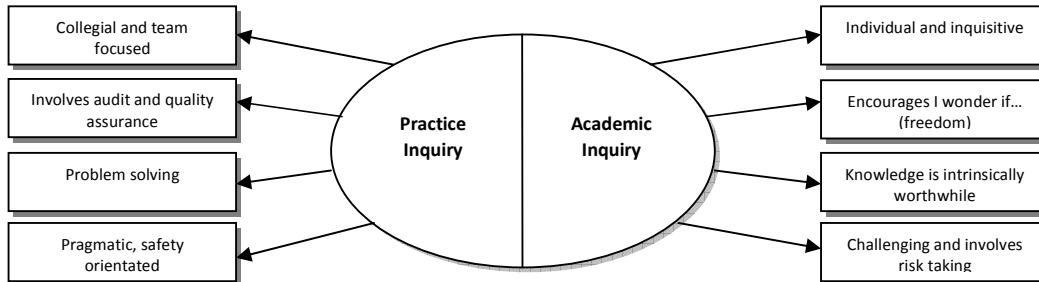
Desta forma, a reflexão [e a prática reflexiva] permitem aos profissionais aprenderem através da experiência, compreenderem e desenvolverem a sua prática, tornando-se numa "(...) estratégia formativa essencial" (Garrido *et al.*, 2008, p.99). No entanto, a reflexão por si só não evidencia a fórmula para interpretar a realidade da prestação de cuidados.

"Practice environment involve managing risk, clarifying what is safe and acceptable to others, and what will promote the collective reputation of the team – be it the ward, department, division or hospital. In these circumstances reflection and critical thinking only become transferable skills when the mentor can help the learner to use them flexibly – choosing when and how far to employ each – and share the discovery process with others" (Price, 2004, p.47).

A capacidade e a competência do supervisor em tornar a reflexão como condição para uma aprendizagem significativa farão a diferença. Price (2004), a propósito da reflexão e do pensamento crítico, alerta para a distinção entre a forma de questionar em contexto

acadêmico e em contexto da prática dos cuidados (ver figura 6), proporcionando ao supervisor um referencial operatório para uso da estratégia.

Figura 6 – Distinctions between practice and academic-based inquiry



Fonte: Price, 2004, p.47

Da análise da figura 6, podemos referir que o questionamento acadêmico tem uma liberdade e um risco que em contexto da prática não pode acontecer, pois, questões como a segurança, a resolução de problemas e a qualidade são centrais na prestação dos cuidados e é sobre estes aspetos que o supervisor deve guiar a reflexão e a atenção do supervisionado. A autora referencia as características de uma prática reflexiva, nomeadamente:

- “Emphasises the instinctive or intuitive;
- Is expressive and inquisitive and explores nursing as an art or craft;
- Emphasises learning through practice episode experience;
- Appreciates the world as a place of constructed meanings that practitioners need to understand as the basis of behaviour;
- The classic challenge: seeming sensitive to patient care” (Price, 2004, p. 47).

Prática reflexiva e SCE estão intimamente ligadas, pois o *interface* entre a prática reflexiva e a supervisão clínica é evidente na medida em que existe a convicção em que a aprendizagem é alicerçada na prática (Clouder & Sellars, 2004).

Mais importante do que a enumeração das estratégias que são utilizadas na SCE, é evoluir para o conhecimento de como é que estas podem fazer a ligação teórico-prática e promoverem/proporcionarem mais competências aos supervisionados para um exercício profissional de excelência.

Giselman, Stark e Ferruggia (2000) citados por Smedley (2008), a propósito do *preceptorship* fazem a correspondência entre a técnica utilizada e como é que esta suporta a aprendizagem (ver quadro 2).

Quadro 2 – Situated learning techniques

Technique	How the Technique Supports Learning
Stories	Serve as familiar, meaningful way to store, link and provide ready access to information.
Reflection	Provides time to think about what is taking place, puzzle over new situations, anticipate what to do next, and put problems into a meaningful context.
Cognitive apprenticeship	Links novice with experts, immersing them in the authentic culture and activity of the practice to be acquired.
Collaboration	Fosters skill in working with others of unequal knowledge and ability to come to a shared understanding about the task in which they are engaged.
Coaching	Encourages joint responsibility of teacher and learner for the task at hand; teachers create learning environments in which learners can be self-directed in problem solving and construct their own meaning.
Multiple practice	Provides opportunities for learners to observe, practice, make mistakes, and try again within a safe environment.
Articulation of learning skills	Aids in learning of complex skills by breaking them down into more meaningful parts; clarifies understanding as the learner makes thinking explicit.
Technology	Enhances the learning process by using tools to extend the power of human cognition.

Fonte: Giselman, Stark & Farruggia (2000) citados por Smedley, 2008, p.186

Por sua vez, Stuart (2003) sugere uma combinação de métodos para monitorizar diferentes componentes da competência:

“1. (...) cognitive domain use:

- Questioning;
- Assessment discussion;
- Analysis of simulated clinical problems;
- Computer-based simulation;
- Objective structured clinical examinations;
- Case records;

- Testimony of others;
- Project or assignment;
- Case study.

2. (...) technical skills and performance use:

- Direct observation of practice;
- Examination of work products;
- Testimony of others;
- Simulation of clinical situations;
- Objective structured clinical examinations.

3. (...) reflective practice use:

- Questioning;
- Assessment discussion;
- Testimony of others;
- Case records;
- Case study;
- Project or assignment.

4. (...) attitudes and ethics of care use:

- Questioning
- Assessment discussion;
- Observation;
- Testimony of others;
- Simulation of clinical situations” (p.111).

Após termos identificado e compreendido as estratégias que usavam em SCE, questionámos os participantes sobre a ***‘categoria profissional do supervisor clínico’*** (ver anexo 17), o que passamos a apresentar de seguida.

A maioria dos participantes referiu que esta devia ser a de ***‘enfermeiro chefe’***.

“Geralmente a pessoa que faz a supervisão, é que é a chefe, não é?” E8; “Basicamente é o enfermeiro chefe que neste serviço faz supervisão.” E9; “O aspeto da supervisão é da responsabilidade do enfermeiro chefe e existe pouca.” E11

Dois dos entrevistados referiram que devia ter a categoria de **'enfermeiro'** (contudo, estavam focalizados no período de integração de novos elementos no serviço)

"De enfermeiro para enfermeiro, quando entra um enfermeiro novo." E1;

e três deles afirmaram que devia ser da categoria profissional de **'enfermeiro supervisor'**,

"Era preciso era que esse supervisor fizesse, ou seja, desempenhasse as suas funções como deve ser (...) nós temos, mas não funciona." E4; "Supervisão quem é que faz? Quem é que a faz? É o enfermeiro supervisor de carreira, não é?" E17

pelo que foi evidente que no que se refere a esta última opinião, existe confusão de terminologia. Sabemos que o termo *enfermeiro supervisor* suscita dúvidas, uma vez que na antiga carreira de enfermagem este é um termo que designa uma categoria profissional bem determinada com desempenho de funções na área da gestão e não a figura a que este estudo se refere.

Abreu (2007) afirma que, por regra, o supervisor deve ser um enfermeiro, mas alerta que "(...) é por vezes o enfermeiro chefe do serviço, o que complexifica a gestão do tempo (Johns e Butcher 1993, Johns e Graham 1994, Kohner 1994) e pode colocar questões éticas" (p.194-195). Bush (2005) refere que os chefes podem sentir diminuição de poder, controlo e autoridade pelo facto de serem outros indivíduos a supervisionar; alerta ainda que:

"Many line managers provide clinical supervision to their staff and this in itself may be problematic: (...)

-Staff may not wish to disclose personal material to such a person;

-Staff may feel that a negative evaluation by a line manager could have a direct influence on their future career success" (p.38).

O supervisor clínico deve ter um perfil adequado ao papel que desempenha e não deve ser hierarquicamente superior ao supervisionado. Segundo Hyrkäs (2002), o atributo que distingue a liderança da supervisão clínica é a natureza da relação entre supervisor e supervisionado. Por sua vez, Eriksson e Fagerberg (2008) referem que a credibilidade e a capacidade dos supervisores para supervisionarem depende da confiança dos supervisionados e ainda acrescentam:

“According to Hyrkäs *et al.* (2002) supervisors can sometimes be experienced by supervisees as alien and too analytical. Our study, as well as that of Berg and Welander Hansson (2000), shows that it can be beneficial if the supervisors are familiar with the activities on the ward and if supervisees see themselves as being at the same level as supervisors” (p. 881-882).

Após termos identificado, na perspetiva dos participantes, quem deve fazer SCE e a sua categoria profissional, quisemos saber com que frequência é ou deve ser feita.

No que se refere à **‘frequência da SCE’** (ver anexo 18), os participantes foram da opinião que esta deve ser **‘diária’** e referiram-se ao período da manhã para a realizar.

“Penso que isso é feito diariamente, (...)” E1; “Eu tenho o costume de sempre de manhã, eu vejo os planos, estão divididos por salas, e portanto todos os dias de manhã eu passo pelas salas para ver se está tudo bem.” E13

Esta opinião provavelmente decorre do exercício de funções de gestão que desempenhavam e com o horário de trabalho que tinham, não obstante sermos da opinião que a SCE exige um trabalho contínuo e permanente, tal como afirmam Cleary e Freeman (2005): “The importance of continuous and consistent supervision cannot be underestimated” (p.501) e como os resultados da fase preliminar deste estudo documentam.

Relativamente ao contexto e **‘natureza do cuidado’** (ver anexo 19), emergiu a relação entre as áreas de especialização em enfermagem e a forma como se faz ou se deve fazer a supervisão clínica, pelo que obtivemos respostas que evidenciam contraste de opiniões. Contudo, as que indicam que a supervisão deve ser **‘dependente’** da área de especialização, referem-se aos cuidados que se prestam em contextos pediátricos, provavelmente por esta população estar muito mais vulnerável à ocorrência de erros do que qualquer outra.

“É capaz de variar um bocadinho de serviço e de especialidade porque as necessidades são diferentes (...) São preocupações diferentes e originam um stresse diferente. ” E3; “Eu acho que nos serviços mais especializados, neste caso a pediatria, eu acho que deve ser mais apertado. E4;

Os clientes pediátricos são mais vulneráveis aos erros de medicação devido à ausência de dosagens apropriadas para este grupo. “Less is known about the frequency of errors in pediatric patients, but children may be at even greater risk. Medication error rates

in pediatric inpatients have been reported to be as high as 1 in every 6,4 orders” (Marino *et al.*, 2000 citado por Kaushal, Bates, Abramson, Soukup & Goldmann, 2008, p.1254).

A segurança dos clientes em idade pediátrica é uma preocupação significativa dos profissionais.

“Children are at particularly high risk of medication errors. Many factors contribute to this risk, including weight-based dosing; the need for stock medicine dilution; decreased communication abilities of children; an inability to self-administer medication; and the high vulnerability of young, critically ill children to injury from medications, particularly those with immature renal and hepatic systems. Adolescents with chronic diseases such as diabetes may be at particular risk as they begin to self-administer medications” (Kaushal, Jaggi, Walsh, Fortscue & Bates, 2004, p.73).

Pais e cuidadores têm confiança no sistema de saúde e esperam que os clientes em idade pediátrica sejam bem tratados e estejam num ambiente seguro. Talvez porque “(...) medication errors are 10-fold more likely to occur in children compared with adults” (Stratton, Blegen, Pepper & Vaughn, 2004, p.385), o que leva alguns dos nossos participantes a afirmar que a supervisão clínica depende da natureza do cuidado que se presta e da especificidade do cliente. Abe, Ozaku, Sagara, Kuwahara e Kogure (2007) alertam que:

“Due to malpractice in medical care (nursing), hospitals have been sued and sometimes forced to pay huge amounts of money. Therefore, some hospitals insure themselves against medical malpractice to avoid the risk of bankruptcy. Of course, medical malpractice not only causes problems for hospitals but also has serious effects on hospital patients. Taking out insurance might protect hospitals from bankruptcy but won’t save the lives of patients” (p.281).

Estes autores alertam ainda para que “(...) the problem lies in the fact that everybody believes that they are correct” (p.287) e Stuart (2003) chama ainda à atenção que “(...) the reality about clinical areas is that pressures, busyness and workloads are continually increasing: there is simply no time to ‘teach’” (p.194).

Dickens (2008) afirma que erros na administração da medicação são comuns na prática clínica e que “(...) error rates ranging from 3,5 – 27% of all prescribed doses have been reported in various medical and surgical settings (Barker *et al.*, 2002; Prot *et al.*, 2003;

Tissot et al, 2003). In the most serious cases medication errors can have grave consequences for patients and clinicians” (p.810), pelo que não nos podemos centrar exclusivamente nos erros em contexto pediátrico por ser demasiado redutor da abrangência do problema.

Já em 2003, o Royal College of Nursing (RCN) afirmava que a supervisão clínica é também uma ferramenta importante no aporte aos enfermeiros em elementos da *clinical governance* nas seguintes formas: “Quality improvement; risk management and performance management; systems of accountability and responsibility. It provides a structured approach to deeper reflection on clinical practice: This can lead to improvements in practice and client care, and contribute to clinical risk management” (p.3).

Por sua vez, outros participantes (cinco) foram de opinião que a relação entre a natureza do cuidado e a SCE é *‘independente’*, e um deles afirmou que quem supervisiona um serviço supervisiona outro,

“Talvez não, eu penso que é independente das especialidades, (...)” E1; “(...) no fundo quem supervisiona o serviço consegue também supervisionar o outro.” E5

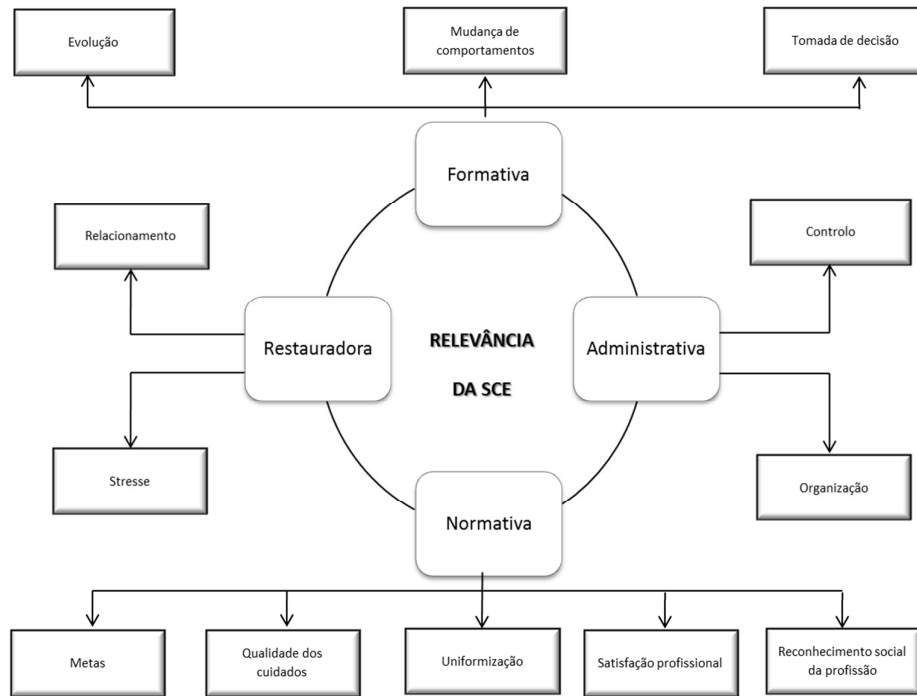
apesar de não ser esse o propósito da SCE. Clarifique-se que a SCE não existe para supervisionar serviços. O *core* da SCE são os enfermeiros, a satisfação das suas necessidades em supervisão, a segurança e a qualidade dos cuidados e não os serviços em que desempenham funções.

Em síntese, podemos afirmar que o tema perspectivas sobre SCE agregou aspetos centrais, tais como o conceito de SCE adotado, o modelo de SCE instituído, as estratégias supervisivas utilizadas, a categoria profissional do supervisor clínico e a associação entre a natureza do cuidado e a SCE.

3.3.2.2 – Relevância da SCE

Quisemos saber a opinião dos participantes acerca da importância e da necessidade da SCE, pelo que este tema evidencia estes aspetos. Do tema *‘relevância da SCE’* emergiram quatro categorias, nomeadamente, *‘formativa’*, *‘administrativa’*, *‘normativa’* e *‘restauradora’*. Na figura 7, apresentam-se as categorias e respetivas subcategorias.

Figura 7- Representação esquemática do tema 'relevância da SCE'



Ao questionarmos os participantes acerca da necessidade e da importância da SCE, estes referiram-se a aspetos ligados à função **'formativa'** da SCE (ver anexo 20), designadamente, a **'evolução'** de conhecimentos e de competências a diferentes níveis,

"A nível do próprio profissional um crecimento pessoal, não é? Nós somos todos enfermeiros e estamos permanentemente num projeto de construção, supostamente para um profissional com mais competências (...)." E15; "Há uma necessidade que as pessoas acabaram por elas próprias sentir de evoluir, o dever de aprender, (...) eu acho que é mais e melhor desenvolvimento" E16

a **'mudança de comportamentos'**,

"Com certeza, mudar comportamentos (...) [a supervisão clínica] iria modificar comportamentos." E2; "Eu acho que deve ter um caráter mais de interiorizar mudanças de comportamentos e mudança de atitude (...)" E3

e a **'tomada de decisão'**,

"[Os enfermeiros] terem consciência até que ponto podem ir, aquilo que devem fazer, aquilo que não devem fazer, quais são as suas tomadas de decisão autónomas (...)." E2

Lynch, Hancox, Happell e Parker (2008) referem que a função formativa é similar à função educacional de Kadushin. Requer colaboração entre o supervisor e o supervisionado, focando a aprendizagem, o desenvolvimento de competências e a articulação teórico-prática por parte do supervisionado.

Brunero e Stein-Parbury (2008) afirmam que esta função está centrada numa atividade educativa que foi a plataforma da supervisão clínica. Sirola-Karvinen e Hyrkäs (2006) referem que a função formativa da supervisão clínica é o processo educativo que desenvolve as competências, o entendimento e as habilidades do supervisionado. Para os participantes no nosso estudo, os aspetos ligados a esta função foram evidentes. Assim, questões ligadas à formação, crescimento e desenvolvimento do enfermeiro supervisionado foram amplamente referidas por eles.

As subcategorias relativas à categoria **'administrativa'** (ver anexo 21) evidenciaram aspetos ligados à gestão. É essencial referir que "(...) administrative clinical supervision is defined as clinical supervision to nursing managers, administrators, head nurses and respective superiors in the organization. The focus of the intervention is to discuss and process nursing leadership issues (...)" (Sirola-Karvinen & Hyrkäs, 2006, p.602).

No que se refere ao **'controlo'**, foi óbvio que as preocupações dos participantes se centraram na possibilidade dos profissionais errarem e/ou nas más práticas que podiam ter e de como as evitar.

"Visibilidade de execução de más técnicas de enfermagem nalgumas intervenções (...) melhorar a prestação em alguns serviços." E2; "Os enfermeiros executam práticas sem saber o que estão a fazer. O espírito crítico não está muito desenvolvido – faz porque viu fazer." E10

Já em 1986, Platt-Kock afirmava que os enfermeiros habitualmente veem o supervisor com funções de gestão, tais como dirigir, inspecionar, controlar e avaliar o exercício profissional. Por outro lado, a subcategoria **'organização'** diz respeito à operacionalização do próprio serviço.

*“Uma melhor organização a nível do serviço, eu penso que isso é fundamental.” E5;
“(…) eu não posso fazer uma boa supervisão se eu não tiver uma boa organização de serviço, mas por outro lado se eu tiver uma boa visualização das coisas eu consigo organizar melhor.” E12*

Em 1999, Yegdich chamava à atenção que “(…) while there is no theoretical grounding for clinical supervision, confusion on the need and purpose of clinical supervision reigns - leaving clinical supervision vulnerable to transformations into managerial supervision” (p.1200).

As unidades de contexto/registo das subcategorias pertencentes à categoria **‘normativa’** (ver anexo 22) evidenciaram aspetos relacionados com a função normativa da SCE, nomeadamente os que se destinam a alcançar **‘metas’**,

“Se a gente tiver em conta o que pode produzir a supervisão clínica, (...) para atingir determinados objetivos. (...) Objetivos esses que são do serviço e até das pessoas, e até da profissão.” E1; “(…) E isso [supervisão clínica] é uma boa, essa é uma boa arma, é uma boa forma de conseguir melhor esses objetivos.” E17

a promover a **‘qualidade dos cuidados’**,

“Para melhoria (...) traria com certeza uma mais-valia em termos de prestação de cuidados para o cidadão e conseqüentemente ganhos em saúde a todos os níveis, não é?” E2; “Nós com a supervisão clínica conseguimos dar a conhecer a qualidade em saúde.” E6

à **‘uniformização’**,

“Eu penso que numa tentativa de uniformizar a prestação de cuidados e de procedimentos, a nível de todos os serviços.” E2

à **‘satisfação profissional’**,

“Satisfação das pessoas que estão a trabalhar.” E4; “Enfermeiros (...) mais satisfeitos.” E16; “Vai dar satisfação.” E17

e até mesmo ao **‘reconhecimento social da profissão’**,

“Tornar mais visível os cuidados, o desempenho de enfermagem, isso também dá um bocadinho mais de credibilidade à profissão ao nível da população.” E1

Hyrkäs (2002) afirma que os resultados da supervisão clínica relacionada com a qualidade dos cuidados e dos serviços são menos investigados na literatura. Autores tais

como Lynch, Hancox, Happel e Parker (2008) mencionam que esta função se refere especificamente aos papéis de monitorização e de avaliação que a supervisão envolve.

Brunero e Stein-Parbury (2008) afirmam que a supervisão clínica permite um desenvolvimento consistente da prática clínica dado o seguimento/cumprimento de normas e de padrões de cuidados.

Sirola-Karvinen e Hyrkäs (2006) asseguram que "(...) the normative, or managerial function, reflects the mission and vision statements as well as goals and strategies of the organization. It includes policies, procedures and standards" (p.603).

Nas entrevistas efetuadas, aspetos ligados à função '**restauradora**' da SCE (ver anexo 23) foram apontados. Os participantes referiram-se a esta função, enfatizando o '**relacionamento**',

"Melhora a relação inter - equipa, interdisciplinar até..., (...) melhorar até o relacionamento pessoal." E6;

e o '**stresse**',

"Enfermeiros menos stressados; até diminui [o stresse]." E16

A função restauradora centra-se no suporte necessário ao supervisionado, possibilitando que este tenha emoções/sentimentos ajustados e adequados ao seu exercício profissional, o que foi referido através de algumas das unidades de contexto/registo apresentadas.

Lynch, Hancox, Happel e Parker (2008) afirmam que:

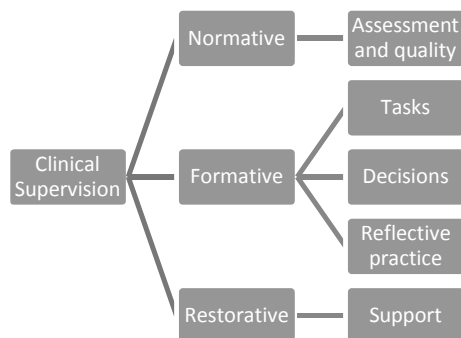
"The third function, restorative, refers to the supportive function of clinical supervision. The responsibility of the supervisor is ensuring that the supervisee is adequately refreshed and supported. The supervisory relationship needs to be one in which the supervisee feels contained, received, valued, understood and able to feel safe and open enough to review and challenge him-or-herself" (p.118).

Para Brunero e Stein-Parbury (2008), esta função promove o apoio dos supervisionados através do *feedback* que lhes é dado. Sirola-Karvinen e Hyrkäs (2006) são de opinião que esta função permite ao supervisionado procurar apoio para lidar com o stresse laboral. Por sua

vez, Butterworth, Bell, Jackson e Panjkihar (2008) referem que os enfermeiros que tiveram supervisão clínica sugeriram que as vantagens mais importantes são as restauradoras.

Fowler (1996) traduziu os possíveis propósitos da supervisão clínica, tendo por base o modelo de Proctor (1986) na figura que se segue.

Figura 8– The purpose of clinical supervision



(Fonte: Fowler, 1996, p.383)

Já no século passado, Bowles e Young (1999) referiam que estas três funções são os elementos que ocorrem na supervisão clínica, potencialmente no processo e nos resultados.

Brunero e Stein-Parbury (2008), na revisão da literatura que fizeram sobre a efetividade da SCE, categorizaram os termos usados de acordo com as funções do modelo de Proctor para descreverem os resultados que os estudos demonstraram acerca da temática (ver quadro 3) e no qual encontramos semelhanças com o nosso estudo (*outcomes* a preto).

Quadro 3 – Reported outcomes categorized to Proctor's model

Normative: Professional accountability		
Change of action	Professional identity	Risk taking
Moral sensivity	Confirming uniqueness of role	Job satisfaction
Problem Solving	Change organization of nursing care	Professional solidarity
Commitment affirmation	Improve individual's nursing care	Confirmation of nursing interventions
Confirmation of actions and role	Critiquing practice	Nursing patient cooperation
Identify solutions	Improving practice	Less patient resistance
Improve nursing practice		Improve patient relationship
Increase understanding of professional issues		

Formative: Skill and knowledge development		
New learning	Professional development	Improved idea time
Improved knowledge	Confirming patient uniqueness	Idea support
Professional development (deeper knowledge)	Gaining knowledge	Creativity and innovation
Self confidence	Competence	Communication skills
Self-awareness and thoughts and feelings	Trust in self	
Improves knowledge of human rights	Knowledge	
Recognizing family needs more	Insight into therapeutic use of self when relating to patients	
Competence and creativity		
Restorative: Colleague/social support		
Listening and being supportive	Understanding colleagues	Improved relationship with nurses
Improved coping at work	Increased interest	Trust
Accessing support	Relief (discuss thoughts and feelings)	Reduced conflict
Better relationship amongst staff	Relief of thoughts and feelings	Reduced tedium
Engagement in the workplace	Empathy	Reduced burnout
Safe group environment	Sense of community	Personal accomplishment
Sense of security	Catharsis	Personal development
Satisfaction with nurses	Self-understanding	Coping
Lower perceived anxiety		

Fonte: Brunero & Saint-Parbury, 2008, p. 88

O NHS (2006) refere que a supervisão clínica é necessária para:

- “-Rever, refletir e receber orientação na prática;
- Proteger o cliente;
- Assegurar uma prática competente;
- Monitorizar e salvaguardar *standards*;
- Identificar, desenvolver e partilhar competências práticas;
- Rever e refletir em questões clínicas;
- Refletir sobre os incidentes críticos;
- Diminuir sentimentos de isolamento e distresse;
- Aumentar sentimentos de responsabilidade e de compromisso no desenvolvimento da prestação dos cuidados;
- Manter a perspectiva de fronteiras profissionais e assegurar que essas são entendidas na relação profissional/cliente;
- Expressar emoções ou sentimentos dolorosos relacionados com o trabalho;

-Assegurar que os *standards* éticos e legais são mantidos” (p.7).

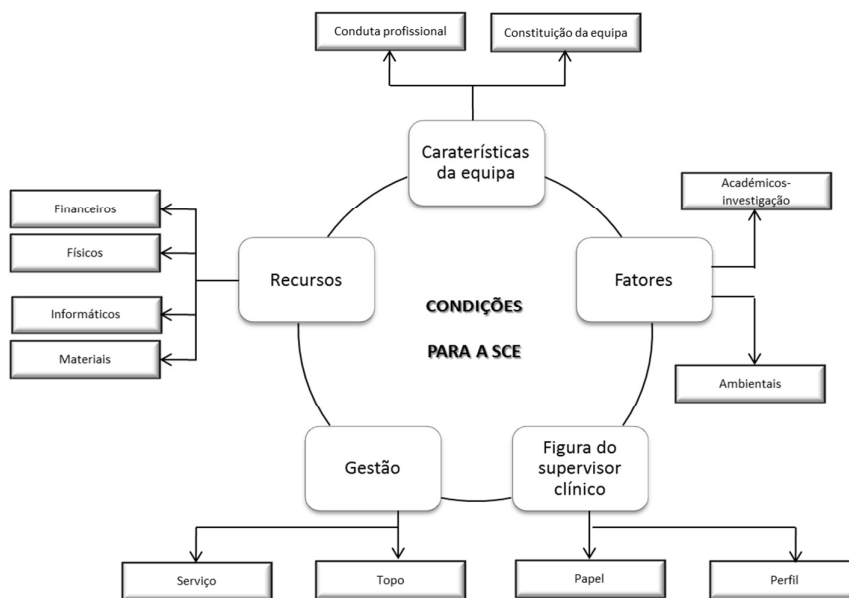
Em síntese, podemos afirmar que as funções formativa, normativa e restauradora são componentes essenciais da supervisão clínica e é fundamental não confundir o *core* da supervisão com a função administrativa, não obstante, Sirola-Karvinen e Hyrkäs (2006) afirmarem a propósito da revisão sistemática da literatura que realizaram sobre ‘administrative clinical supervision’ que:

“The findings of this review confirmed that administrative clinical supervision promoted collaboration, teams’ functionality and cohesiveness. It is thus possible to claim that administrative clinical supervision is an effective, but under-utilized, intervention to respond to increasing competition and requirements. (...) The findings of this study confirmed that administrative clinical supervision strengthened, developed and clarified leadership skills as well as managers’/administrators’ professional identity” (p.607).

3.3.2.3 – Condições para a SCE

Quisemos saber a opinião dos participantes acerca das ‘condições para a SCE’, pelo que este tema demonstra estes aspetos. Emergiram cinco categorias e várias subcategorias que apresentamos na figura 9.

Figura 9 - Representação esquemática do tema ‘condições para a SCE’



Do tema *'condições para a SCE'*, emergiram cinco categorias, nomeadamente *'caraterísticas da equipa'*, *'fatores'*, *'figura do supervisor clínico'*, *'gestão'* e *'recursos'*.

Os participantes enfatizaram aspetos relacionados com as *'caraterísticas da equipa'* (ver anexo 24), nomeadamente a *'conduta profissional'*,

"Não estando a chefe nota-se que as coisas andam assim, e às vezes há sempre aquela, 'casa onde não há pão todos ralham e ninguém tem razão'." E4; "(...) No turno da manhã eles [enfermeiros] têm procedimentos e no turno da tarde têm outros completamente diferentes. Porque têm cá o chefe [de manhã] (...) de tarde [o chefe] não está. Então não há quem supervisione, e as coisas às vezes não correm tão bem." E5

e a *'constituição da equipa'*, que podem ou não promover a SCE,

"Complica um bocado a falta de pessoas. (...) São todos completamente diferentes uns dos outros, tem ali maneiras de ser, formas de estar completamente diferentes, mas aí nas diferenças realmente é que se complementam." E4; "Quanto maior é o grupo mais difícil é." E13

As unidades de registo da subcategoria *'conduta profissional'* demonstram uma realidade inadequada a uma profissão que tem um Código Deontológico que serve para orientar os enfermeiros no seu dia-a-dia, constituindo uma plataforma que proporciona um exercício profissional e uma prestação de cuidados de qualidade. Talvez devido a esta inadequabilidade se confunda o que a supervisão clínica deve ser. O NHS (2006) refere que o próprio termo pode ser uma barreira à sua implementação "(...) for some professionals who choose to see it as a management tool to exercise sanctions on staff who perform poorly" (p.3).

No que se refere à *'constituição da equipa'*, é do conhecimento geral que as instituições de saúde se debatem com uma constante falta de recursos a diferentes níveis. No entanto, a falta de recursos humanos tem impacto acentuado quer na prestação de cuidados aos clientes, quer na supervisão clínica. Será deveras improvável que esta última tenha efeitos positivos se não houver recursos humanos suficientes para a assegurar e, no que se refere à qualidade dos cuidados, esta provavelmente será também questionável pelo mesmo motivo.

'Fatores' como os **'acadêmicos - investigação'**,

"Haver trabalhos [investigação] que saíssem, trabalhos que se conseguissem que esses trabalhos fossem publicados e lidos, e, que fossem de uma forma mais massiva passasse para a população (...) seria uma forma de se influenciar as políticas de saúde em termos de profissionais de enfermagem." E7

e os **'ambientais'** foram enfatizados por alguns dos participantes,

"Atualmente está toda a gente desnorreada, completamente (...) é desnorre, é desmotivação, é uma anarquia. Cada um faz o que lhe apetececer." E10

Os participantes referiram que os **'fatores'** (ver anexo 25) poderiam ou não promover a SCE, apesar de terem explorado pouco acerca dos mesmos. Um dos participantes centrou o seu discurso no contexto ambiental da instituição. Contudo, não deixaram de evidenciar aspetos que vão desde o *ad hoc* à necessidade da divulgação da investigação científica. O NHS (2006) refere que:

"It has been argued that clinical supervision occurs during handovers and at break times. This unstructured type of reflection, whilst useful, tends to lack a vital dimension – that of in depth analysis of a situation and actions that result and the documentation of actions that result, leading to more effective working practices" (p.3).

Os participantes referiram o **'papel'** que a **'figura do supervisor clínico'** (ver anexo 26) desempenha ou deve desempenhar,

"E de não o desempenharem com a atenção que esse papel merece (...) quando não há congruência entre o que se diz, o que se pensa e depois o que se executa nos 365 dias por ano." E9

e ao **'perfil'** que tem ou deve ter como condições para a SCE,

"O supervisor (...) para poder andar com tudo, é refletir junto (...) numa primeira fase inicial seria talvez uma figura punitiva." E5; "Se houver uma pessoa rígida, autoritária, se calhar haverá muito mais dificuldades." E6

Jones e Edwards (2003), a propósito dos supervisores das parteiras, referem que tradicionalmente este era frequentemente percebido como punitivo e sem limites entre o papel de supervisor e o de gestor.

Segundo o NHS (2006), o papel do supervisor deve centrar-se em:

- Ensure protected time for each supervisee to lay out issues in his/her own way;
- Help supervisees explore and clarify thinking, feeling and beliefs, which underlie aspects of their professional work;
- Share experience, information and skills appropriately;
- Challenge practice, which he/she perceives to be unethical, unwise or incompetent;
- Challenge personal and professional blind spots, which he/she may perceive in individuals or group;
- Be aware of the organizational contracts, which he/she and the supervisees may have with the employer and client in terms of supervision;
- Facilitate in the process of ‘shared responsibility’” (p.7).

Stuart (2003) refere que está bem documentado que supervisão efetiva, apoio e facilitação da aprendizagem requer profissionais que possuam um certo perfil (qualidades e competências). Já em 1999, Andrews afirmava que a literatura dispunha de um catálogo de atributos pessoais e de competências que eram requisitos para o acompanhamento efetivo dos estudantes. Neary (2000) refere que este deve ser a pessoa que aloca tempo e energia ao desempenho do papel, que está sempre atualizado na prática profissional, que é inovador, que tem competências de *coaching*, *counselling*, *feedback* e *networking*, entre outros aspetos e não serem ‘toxic mentors’ (*avoiders; dumpers; blockers and destroyers/criticizers*) (Darling, 1985).

Na opinião dos participantes, a **‘gestão’** (ver anexo 27) seja do próprio **‘serviço’**,

“Para facilitar, portanto, tem a ver com a organização do serviço (...) portanto regras, regras, (...) supervisão clínica está em conhecer todas as regras, portanto, estamos a falar em normas (...) orientações de serviço (...) procedimentos (...) tem que dominar bem, tem que os conhecer para poder implementá-los, para que eles sejam cumpridos.” E17;

ou a de **'topo'** são condições essenciais para a SCE.

"A gestão de topo tem sido mais conflituosa e mais bloqueadora do que facilitadora, devia ser ao contrário, e isso complica tudo por aí abaixo (...) há muito pouco reforço positivo, e reconhecimento a nível de topo (...)" E16

O enfermeiro chefe tem um papel crucial na promoção e na criação de condições necessárias e suficientes para que a supervisão clínica possa ser viável, para tal deve ter o apoio da gestão de topo. Esta deve definir uma política de supervisão integrada para toda a instituição. O NHS (2006), afirma a propósito da gestão intermédia que: "It is the line manager's responsibility to ensure staff are enabled to receive supervision; however, supervision is a shared responsibility between the manager and member of staff" (p.8).

O Royal College of Nursing (RCN) (2003), a propósito dos benefícios da supervisão clínica para as organizações, refere que estas podem usufruir de um desenvolvimento dos serviços que prestam, de novas oportunidades, de um aumento do recrutamento e da retenção do pessoal e ainda de um aumento da eficiência e da eficácia.

'Recursos' (ver anexo 28) em diferentes áreas ou a sua falta foram evidenciados como condicionantes da SCE, nomeadamente

os **'financeiros'**,

"O [programa X] é um grande chamariz de enfermeiros [ao serviço] (...) temos a equipa mais satisfeita (...) [há] enfermeiros que ganham mil euros numa manhã (...) ter uma equipa motivada porque sabem que economicamente são motivados." E11

os **'físicos'**,

"A nossa prática atendendo à estrutura física [do serviço Y], não é exatamente a ideal." E5; "A estrutura física é muito importante (...) mas ao mesmo tempo se tiver más condições se calhar é inibidora (...)." E11

os **'informáticos'**,

"O [software Z] ajuda muito, vai ajudar muitíssimo, os próprios profissionais vão sentir (...) quase que obrigados a cumprir mais rigorosamente (...) se não o fizerem em tempo útil vai ficar registado que não fez (...)." E17

e os **'materiais'**,

"Temperatura ambiente, quem está com calor (...) debaixo de um foco (...), é uma chatice dos diabos. Ninguém consegue fazer boa cara (...) ter bons equipamentos, não são bons, mas aqueles completamente necessários." E11

OE e UCP (2004) afirmam, a propósito das condições de trabalho dos enfermeiros, que "(...) a remuneração é importante e tem impacto positivo na satisfação dos enfermeiros, evidenciando a importância deste fator face à situação em que se encontram" (p.275), tal como a unidade de registo relativa à subcategoria – *'financeiros'* evidencia. Todavia, também referem que:

"As condições materiais deficientes têm também um efeito bastante negativo na qualidade de trabalho e na qualidade de vida dos trabalhadores: instalações acanhadas e mal apetrechadas, serviços de apoio de duração limitada, ou com prestação insuficiente, materiais com baixos níveis de reposição, deficiências na iluminação e na climatização, entre outros. Estes aspetos repercutem-se de forma acentuada no modo como o serviço é prestado, no bem ou mal estar sentido pelos utentes, na eficácia e na eficiência dos resultados e na motivação/satisfação dos enfermeiros" (p.411).

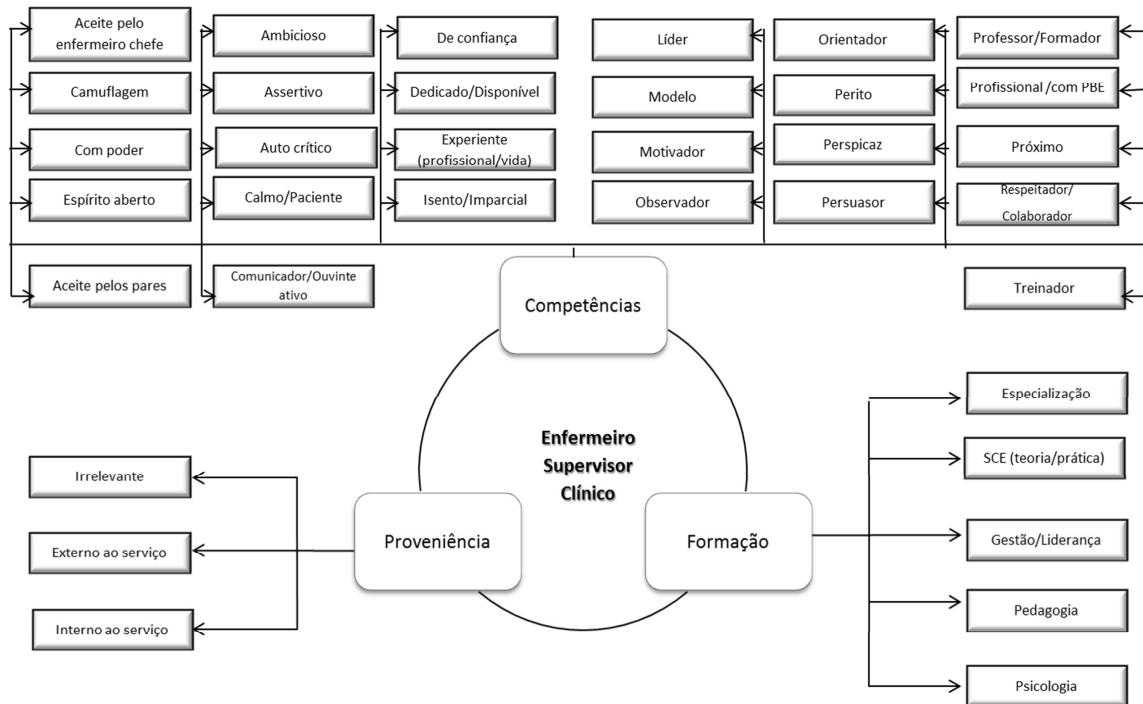
Velez (2003) identificou como fontes de stresse, nos serviços hospitalares, o ruído, a iluminação e a climatização deficiente e os cheiros desagradáveis. E por sua vez, Borges (2006) e Farias e Zeitone (2007) identificaram como stressor a ausência de um local que permita privacidade aos enfermeiros no seu exercício profissional.

Segundo o NHS (2006), o stresse é um fator *major* nos ambientes modernos de trabalho e é responsável por uma morbilidade significativa no setor da saúde, pelo que a supervisão clínica tem sido descrita como um importante apoio para as equipas, para o aumento da satisfação laboral e para o aumento da sua motivação.

3.3.2.4 – Enfermeiro Supervisor Clínico

Quisemos saber a opinião dos participantes acerca do *'enfermeiro supervisor clínico'*, pelo que, neste tema emergiram três categorias, nomeadamente *'competências'*, *'formação'* e *'proveniência'*. Na figura 10, apresentam-se as respetivas subcategorias destas categorias.

Figura 10 - Representação esquemática do tema 'enfermeiro supervisor clínico'



No que se refere às '**competências**' (ver anexo 29) os participantes evidenciaram:

'aceite pelo enfermeiro chefe'

"Elemento que faça a ponte entre os chefes e os colegas, porque reconhecidamente tem mais formação, logicamente que para além das competências que tem, terá que ser alguém que seja validado pela chefia (...) estar em sintonia com as chefias (...)." E15; Sabe a forma da chefe trabalhar, não me contradiz, sabe a dinâmica do serviço, como funciona (...) e que o grupo a reconhece como minha substituta." E18

como competência que o enfermeiro supervisor clínico deve ter. A literatura em SCE e os estudos feitos nesta área realçam a importância da aceitação do enfermeiro supervisor clínico, mas não especificamente pelo enfermeiro chefe. Em determinadas circunstâncias, este facto pode levar a que os supervisados se inibam no processo supervisory e este não produza os efeitos esperados, pela confusão de papéis que pode estar inerente a esta situação.

Referiram-se também à '**camuflagem**',

"Ter um trabalho de cativar, de errar, de passar para o lado deles [enfermeiros supervisados]." E5

que não é lícita em SCE, pois a relação supervisiva deve ser assente numa relação de confiança e de confidencialidade, que ficará *ab initio* comprometida se o enfermeiro supervisor clínico colocar em prática esta competência.

'Com poder' foi também referido,

"Pessoa que tem mais poder (...) o poder também ajuda, se formos pares nivelados (...) o enfermeiro que recebe a mensagem já não interioriza da mesma maneira."

E14

Bernard e Goodyear (2004) referem que a desigualdade de poder é uma parte inerente da relação supervisiva e, segundo Scott, Nolin e Wilburn (2006), o diferencial de poder por si só não constitui um problema, contudo se não for reconhecido pode facilmente tornar-se num problema. Estes autores alertam que:

"It is essential to the health of the supervisory relationship that supervisors understand the mechanics of power in the relationship. They [supervisors] need to use and model it appropriately. They need to teach their supervisees, both didactically and interpersonally, about power in hierarchical relationships" (p.97).

Os participantes referiram um conjunto extenso de competências que o enfermeiro supervisor clínico deve possuir para o desempenho do papel. Normalmente, a literatura em SCE documenta-as como necessárias e importantes para esse desempenho. Apontaram as seguintes,

'espírito aberto',

"Com mente aberta." **E11**

'aceite pelos pares',

"Bem aceite por todos os enfermeiros (...) ser bem aceite por todas as equipas." **E8**

'ambicioso',

"Que tenha uma perspectiva de crescer na carreira." **E8**

'assertivo',

"Tentar conhecer o outro e tentar ser assertivo." E13; "Que tenha o tal perfil para saber lidar com os profissionais (...) haver um bocado de habilidade para não ferir sensibilidades." E17

'auto crítico',

"Conhecer as minhas dificuldades, saber os meus potenciais (...) identificar naquilo em que realmente sou boa, aquilo que eu posso melhorar, aquilo que eu realmente tenho que corrigir." E16

'calmo/paciente',

"Calma (...) paciência." E4; "Poder dar uma certa calma às pessoas numa situação de stresse." E5; "Pessoa calma." E18

'comunicador/ouvinte ativo',

"Estar atento às pessoas, e falar às pessoas." E4; "Que sabe ouvir." E18

'de confiança',

"O espírito de confiança é fundamental para a melhoria de cuidados." E18

Em 1984, Darling citada por Stuart (2003), concluiu que as características dos mentores mais valorizadas pelos estudantes eram:

- "a *model* the student can look up to, respect and admire;
- an *envisioner* who gives a picture of what could be done, is enthusiastic about opportunities and possibilities and interest is sparked;
- an *energizer* who is enthusiastic and dynamic and kindles the student's interest;
- an *investor* who makes time for the student; spots potential and capabilities; trusts, 'let's go' and delegates responsibility;
- a *supporter* who listens; is warm, caring and encouraging and is available in times of need;
- a *teacher – coach* who guides on problem solving and setting priorities, helps in the development of new skills and inspires personal and professional development;
- a *feedback giver* who can offer both positive and constructive *feedback* and helps the student explore things that go wrong;
- an *eye opener* who motivates interest in new developments and research, facilitates reasoning and understanding and directs the student into seeing the bigger picture;

- a *door opener* who provides opportunities for trying out new ideas and suggests and identifies resources for learning;
- an *idea bouncer* who not only discusses and debate issues and ideas but clarifies and stimulates new thoughts;
- a *problem solver* who is tolerant of shortcomings and skillfully uses both the strengths and weakness of the student to enable further development to take place;
- an *educational counselor* who is trusted; understands the student's needs to achieve and supports and guides towards success;
- a *challenger* who questions opinions and beliefs; forces the student to examine choices critically whilst empowering the student towards fulfillment of her/his potential" (p.192).

Sloan (1998) identificou outras competências importantes num bom supervisor, tais como as competências interpessoais e comunicacionais, incluindo a capacidade de escutar e de fornecer informação de forma clara e compreensível.

Os participantes enumeram ainda outras competências que o supervisor clínico deveria ter, nomeadamente ser:

'dedicado/disponível',

"Estar disponível, porque só assim é que consegue (...) apreender o que se está a passar." E15; "Pessoa dedicada." E17

'experiente (profissional/vida)',

"São várias competências, a nível da experiência de profissional (...) com experiência, com experiência de vida (...) nós não somos só profissionais, nós somos seres humanos, pessoas que cuidamos de pessoas (...) [pelo que] a parte da experiência pessoal vai interferir na nossa maneira de lidar com as coisas." E12

'isento/imparcial',

"Sobretudo uma pessoa isenta." E3; "Que seja imparcial (...) tem que ter um comportamento imparcial, ser na equipa tida como uma pessoa neutra e imparcial, (...)" E12

'líder',

"Capaz de liderar (...) com capacidade de liderança." E2; "Capacidades de chefia, de gestão." E14

'modelo',

"Deve ter, em primeiro, um desempenho, ele próprio deve ser modelo para supervisionar aquilo que se propôs supervisionar." E9

'motivador',

"Capaz de motivar para a mudança." E2; "Papel muito importante de maneira a motivar a equipa." E5

Já em 1997, Bulmer referia-se ao conjunto de competências mais valorizado nos supervisores, nomeadamente: a lealdade, a honestidade, a sinceridade, saber ouvir, ter competências analíticas, prestar apoio, fazer críticas construtivas sem julgar, ser facilitador sem ser diretivo, ser honesto acerca das suas limitações e proporcionar *feedback*.

Murphy (2008) refere, a propósito das competências do preceptor, que para além da *expertise* em enfermagem, este deve ter atributos importantes, tais como:

"(...) positive attitude, patient, and comfort with thinking out loud (Greene & Puetzer, 2002; Kupferman, 2005; Wilkes, 2006). Excitement is contagious, and passion for the profession of nursing is critical for effective role modeling. These attributes are observable through a positive attitude. Enthusiasm, approachability, self-respect, and the respect of peers are important in a preceptor (Baltimore, 2004). A personal commitment to learning and interest in teaching, tempered with a dash of humour, contribute to success. Humour can be used as a teaching tool, especially when mistakes occur, to relieve anxiety and promote growth in the relationship between the student and preceptor (Fawcett, 2002)" (p.184)

Os nossos participantes referiram ainda,

'observador',

"Tem que ter espírito de observação (...) tem que saber observar." E6

'orientador',

"É preciso saber orientá-los e saber ajudá-los." E17

'perito',

"Se destaca no seu desempenho com algum saber fazer (...) ser peritas no assunto X ou da área Y, sim." E12

'perspicaz',

"Teria que ser bastante perspicaz para conseguir conhecer cada grupo, e dentro de cada grupo, ter um elemento per si para atuar de acordo com cada um." E2

'persuasor',

"Com capacidade de persuasão." E2

Em 1999, Sloan concluía que "(...) the ability to form supportive relationships, having relevant knowledge/clinical skills, expressing a commitment to providing supervision, and having good listening skills were perceived by the staff nurses as important characteristics of their supervisor" (p.713). Em 2002, Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Paunonen-Ilmonen (2002) apontaram como competências essenciais que o supervisor deve ter para o sucesso da supervisão clínica algumas das competências já enumeradas por Sloan (1989), nomeadamente a capacidade para ter relações de apoio e suporte; ter um conjunto de conhecimentos e de *skills* mas também enumeraram o facto de possuir qualidades pessoais como a compaixão, a bondade, a honestidade, a disponibilidade e a acessibilidade, como competências essenciais para o desempenho do papel.

Os participantes do nosso estudo enumeram ainda como competências,

'professor/formador',

"Com mais competências até para fazerem ensino depois aos colegas e chamarem à atenção para determinados pormenores." E6; "É formador (...) que tem particularidade de ser um formador individual (...) é mais personalizada a formação." E17

'profissional/com prática baseada na evidência',

"Uma pessoa atualizada (...) conhecer os conteúdos teóricos, práticos, para poder ver se o que se está a executar está correto (...) tem que ter competências profissionais, tem que saber, tem que ter conhecimentos." E6; "Ser um bom profissional." E12

‘próximo’,

“Proximidade, não intimidade, mas proximidade. Ser fácil chegar a mim, ou eu chegar à outra pessoa.” E3; “Estar por perto.” E5; “Estar próximo.” E15

‘respeitador/colaborador’,

“Ser uma pessoa com postura e correta.” E3; “Tem que ter o bom senso (...) [ser] respeitado (...) como supervisor, porque se não é respeitado, tem que ter o bom senso em determinadas alturas de forma a poder discernir se realmente é a altura ideal de falar.” E5

e ‘treinador’,

“Ter competências em termos de saber trabalhar em equipa, (...) saber orientar, há competências (...) do treinador, sigam nessa perspetiva, acho que é muito importante olhar para isso como uma ferramenta.” E16

O NHS (2006), relativamente aos seus supervisores clínicos refere que estes são profissionais experientes com credibilidade clínica e que terão capacidades para demonstrar:

- Knowledge and application of reflective practice skills;
- Professional maturity, ie willingness, openness and confidence to challenge practice issues;
- Understand the issues concerned with personal accountability and responsibility;
- Good interpersonal skills;
- A sound knowledge base in relevant practice field” (p.7)

Lunney (2004) refere que ser profissional no sentido substantivo do termo é “(...) multidimensional e carrega consigo muitas responsabilidades profissionais. Sem consciência e integração do significado de profissão como um substantivo, os enfermeiros não desenvolveriam a identidade profissional, a autoconfiança profissional e a integridade profissional necessárias para o papel de diagnosticista” (p.71) e de tomada de decisão autónoma.

Lynch, Hancox, Happell e Parker (2008) dividem as características de um bom supervisor em duas grandes categorias: competências interpessoais e competências práticas. Segundo as autoras, alguns exemplos de ‘boas’ competências interpessoais incluem: “(...) being non-judgemental, open and honest, warm, friendly, engaging, having a

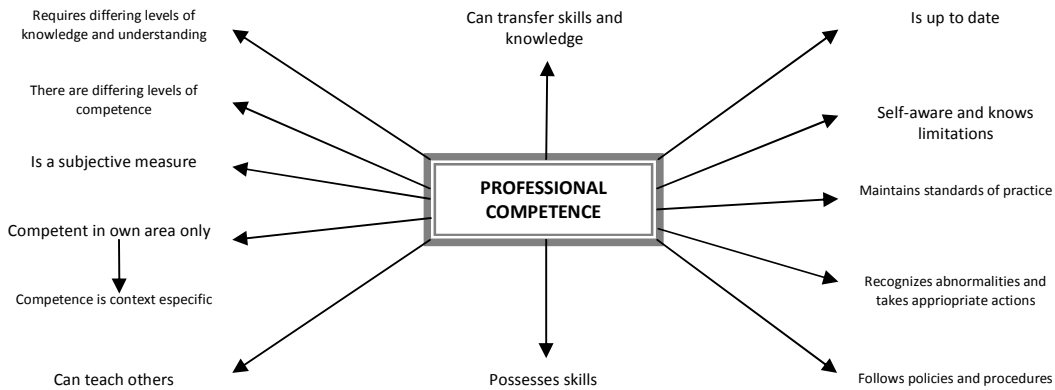
good sense of humour, being insightful and self-reflexive and the ability to gently and respectfully challenge or question people without seeming critical “(p.157) e, no que diz respeito às competências práticas, as autoras afirmam que o supervisor clínico precisa de ser:

“(…) highly skilled as a communicator. This includes the ability to actively listen, ask clarifying questions and summarize the main points or issues. It is also important that clinical supervisors have sound clinical skills and are respected within the organization, or have what is commonly termed as ‘street cred’” (157).

Simões e Garrido (2007) concluíram, no estudo que realizaram sobre a finalidade das estratégias de supervisão utilizadas pelos enfermeiros em ensino clínico, que estes as utilizam com “(…) a finalidade de prestar atenção, clarificar, encorajar, servir de espelho, dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar, estabelecer critérios e condicionar” (p.607) e cuja a finalidade é idêntica na supervisão de profissionais.

Em síntese, o supervisor deve ter um conjunto de competências que lhe permita desempenhar o seu papel *competentemente*. Os aspetos principais da competência profissional podem ser visualizados na figura 11 que se segue.

Figura 11 – The main aspects of professional competence



Fonte: Stuart, 2003, p.58

Ao questionarmos os participantes sobre a *'formação'* (ver anexo 30) que o enfermeiro supervisor clínico deve ter, dois deles referiram que devia ter formação ao nível

de uma das áreas de **'especialização'** em enfermagem, provavelmente, se tivessem supervisionados a prestarem cuidados especializados ou a exercerem funções num contexto clínico de especialidade.

"Com uma especialidade, primeiro porque tem uma formação (...) tem mais conhecimentos (...) é uma mais-valia (...) especialidade (...) seria importante." E15

A maioria dos participantes referiu que o enfermeiro supervisor clínico deve ter formação em **'SCE (teoria/prática)'** e um deles evidenciou a importância de que este tivesse uma experiência prática de um programa de supervisão e três deles referiram as reciclagens em supervisão como sendo importantes de realizar.

"Devia ter conhecimentos sobre a supervisão clínica (...) era importante que tivesse formação [em supervisão clínica] (...) se tivesse experiência de um programa noutra instituição, melhor ainda, porque já tinha uma bagagem de situações e de resoluções que ajudava." E1; "O curso de SCE podia ser uma mais valia." E18

Já em 1999, Sloan sugeria que era necessário estabelecer um programa de treino para supervisores e apontava os seus conteúdos: "This might include supervision models, development of interpersonal skills, education on facilitative supervisor behaviors and conveying the need for supervisor support" (p.720).

O NHS (2006) afirma que o treino e o apoio aos supervisores clínicos devem ser da responsabilidade da entidade patronal.

Lynch, Hancox, Happell e Parker (2008) assumem que o supervisor tem um papel importante e de responsabilidade, pelo que "(...) must receive appropriate theoretical and practical preparation. Supervisors also have an obligation to ensure that they practice safely and correctly" (p.155).

No que diz respeito às outras categorias, tais como **'gestão/liderança'**,

"Teria que ter também, formação (...) na área da gestão de conflitos, na área da liderança." E2; "Formação na área da gestão." E7

'pedagogia',

"Devia ter conhecimentos sobre pedagogia." E1

e **'psicologia'**,

*"Formação a nível de psicologia para saber lidar com os diferentes grupos (...) E2;
"Formação em relações humanas." E3*

foram também referenciado pelos participantes. Abreu (2007), afirma a propósito da formação de tutores, que "(...) muitos estudos recentemente publicados problematizam a formação dos tutores, propondo inclusivamente segmentos de formação muito complexos, argumentando a sua pertinência com as competências que lhe são exigidas" (p.239) tal como são exigidas aos supervisores de profissionais, pelo que se pode concluir que estes devem ter uma formação específica em SCE para o desempenho do papel.

Podemos constatar nas subcategorias e nas unidades de registo apresentadas da categoria **'proveniência'** (ver anexo 31) que as opiniões dos participantes dividem-se. Para um dos participantes a proveniência do supervisor é **'irrelevante'**.

"Do serviço ou fora do serviço? Pode ser uma pessoa qualquer." E3

Contudo, para dois deles, o enfermeiro supervisor clínico deve ser **'externo ao serviço'**,

"(...) uma pessoa que não pertencesse a nenhum serviço (...) há sempre a subjetividade e há sempre a dificuldade de ser imparcial quando se pertence a um serviço." E2

enquanto para outros deve ser **'interno ao serviço'**, o que demonstra uma opinião contrária à anterior.

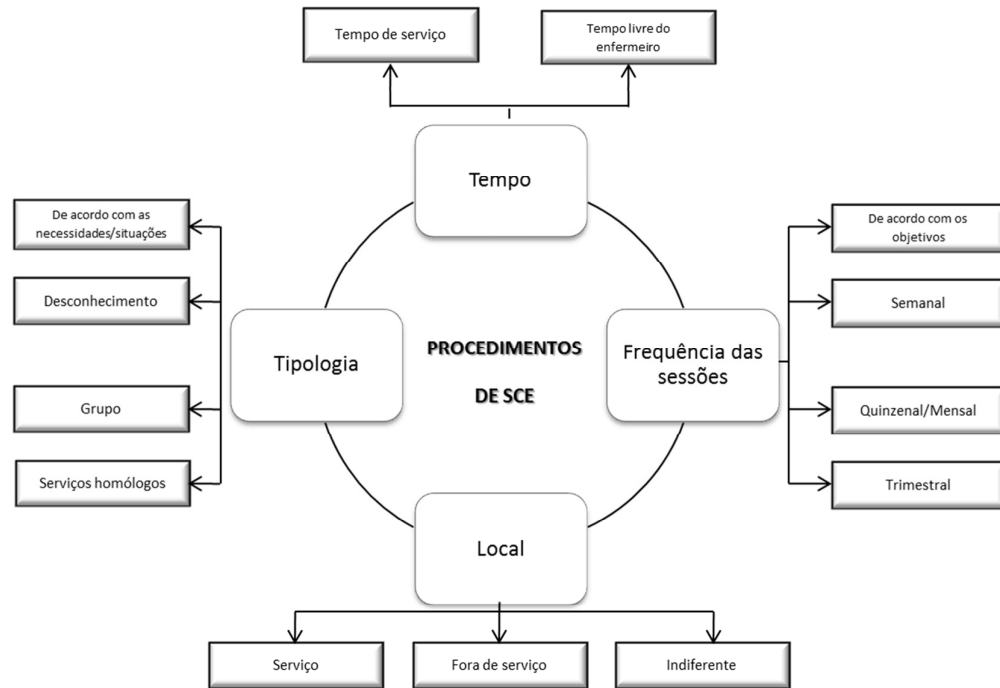
"Do meu grupo, do meu serviço." E4; Devia ser do serviço porque os serviços, todos eles têm as suas particularidades." E8;

Abreu (2003) afirma que "(...) o supervisor das práticas clínicas deve analisar o conteúdo e o contexto da informação em função do perfil de competências que pretende promover num determinado domínio" (p.27) e se tiver em conta os princípios psicopedagógicos e a natureza do contexto clínico, o processo supervisivo passará por uma fase inicial de exploração, de desenvolvimento, de autonomização e, finalmente, por uma fase de conclusão (Abreu 2007), sendo que o mais importante são os *outcomes* que os supervisados podem usufruir por via da adoção da SCE.

3.3.2.5 – *Procedimentos de SCE*

Do tema '*procedimentos de SCE*', emergiram quatro categorias e várias subcategorias como se pode visualizar na figura 12.

Figura 12 - Representação esquemática do tema '*procedimentos de SCE*'



Deste tema emergiram quatro categorias, nomeadamente '*tempo*', '*frequência das sessões*,' '*local*' e '*tipologia*'.

Relativamente ao '*tempo*' (ver anexo 32), foi evidente que a maioria dos participantes considerou que a contabilização das horas despendidas na SCE deve ser em '*tempo de serviço*'.

"Pessoalmente penso que tempo de serviço." E3; *"Em tempo de serviço."* E6

Contudo, dois deles foram de opinião que também podia ser em '*tempo livre do enfermeiro*' se este estiver motivado para a SCE ou se for enfermeiro chefe.

"Numa fase em que as pessoas estejam mais motivadas, mais envolvidas, que não é agora neste momento, eu penso que deveria ser um tempo dos enfermeiros porque eles também disponibilizarem 1 hora ou 1h30min para se reunirem, e para confraternizarem e para tomarem café também têm tempo e também o fazem,

portanto, se o fizessem em prol do serviço não seria demais.” E2; “Se for de enfermeiros chefes eu acho que poderia ser de tempo voluntário, porque se calhar já faz parte da nossa carreira.” E12

Constatou-se que a opinião dos participantes quanto à **‘frequência das sessões’** diverge (ver anexo 33). Uns consideraram que a frequência devia ser **‘de acordo com os objetivos’** do serviço ou da equipa,

“(…) depende da necessidade da equipa, depende daquilo que está disposta que ela der em função dos objetivos que se pretende.” E17

No entanto, outros consideraram que devia haver uma periodicidade estabelecida para as sessões de SCE, nomeadamente

‘semanal’,

“De uma forma inicial uma vez por semana depois iria avançando.” E16

‘quinzenal/mensal’,

“Agora colocar prazos, quinze em quinze dias, mês a mês.” E14; Uma vez por mês.” E18

e **‘trimestral’**.

“(…) Aqui trimestral, uma reflexão trimestral para se juntar alguns aspetos que estão menos bem ao longo desse período e depois refletir sobre esses aspetos.” E2

O NHS (2006) recomenda que os profissionais possam usufruir de tempo para terem supervisão de forma regular e, no que se refere à sua frequência em específico, a recomendação é que esta deve ser entre quatro a seis vezes por ano, contudo, permitem que “(…) individual groups may agree to sessions taking place on a more frequente basis” (p.9).

A maioria dos participantes considerou que o **‘local’** (ver anexo 34) das sessões de SCE deve ser no **‘serviço’**,

“No serviço. Sim, sim, no serviço porque é a nossa realidade.” E11

contudo, dois dos participantes foram de opinião que devia ser **‘fora do serviço’**,

“Num gabinete de reuniões, numa sala de reuniões, na biblioteca, no departamento de formação, mas fora do serviço.” E2

e para um deles o local é **‘indiferente’**,

“Acho que era indiferente, acho que era indiferente.” E3

No que se refere à **‘tipologia’** (ver anexo 35) das sessões de SCE, é de realçar que vários participantes referiram que deveria ser **‘de acordo com as necessidades/situações’**.

*“Eu acho que depende um bocado do estádio, da evolução da situação.” E7;
“Depende, eu também acho que depende das situações.” E8*

Um dos participantes referiu o **‘desconhecimento’** da tipologia das sessões.

“Eu não tenho experiência que me permita dizer, neste momento, se é melhor em grupo, profissional (...)” E11

Vários participantes referiram que as sessões deveriam ser em **‘grupo’**,

“Em grupo penso que é mais fácil porque uns puxam os outros e é capaz de ser mais produtivo.” E1

e quatro deles referiram que estas deveriam ser realizadas com **‘serviços homólogos’** de modo a puderam partilhar conhecimentos e refletirem as suas práticas com outros profissionais que partilham contextos de prestação de cuidados semelhantes.

“Se fosse um serviço homólogo penso que era vantajoso.” E1; “Podiam ser com enfermeiros de outro serviço para refletirmos.” E18

3.4 – SÍNTESE DO (DES)CONHECIMENTO DO FENÓMENO

A essência da fase I foi exploratória e de desocultação dos conhecimentos que os enfermeiros chefes ou responsáveis pelos serviços do CHMA tinham sobre o fenómeno da SCE. Para tal, realizámos 18 entrevistas semiestruturadas e utilizámos a análise de conteúdo para o tratamento dos dados. Desta análise, emergiram cinco temas e respetivas categorias e subcategorias que nos permitiram conhecer em profundidade o fenómeno em questão.

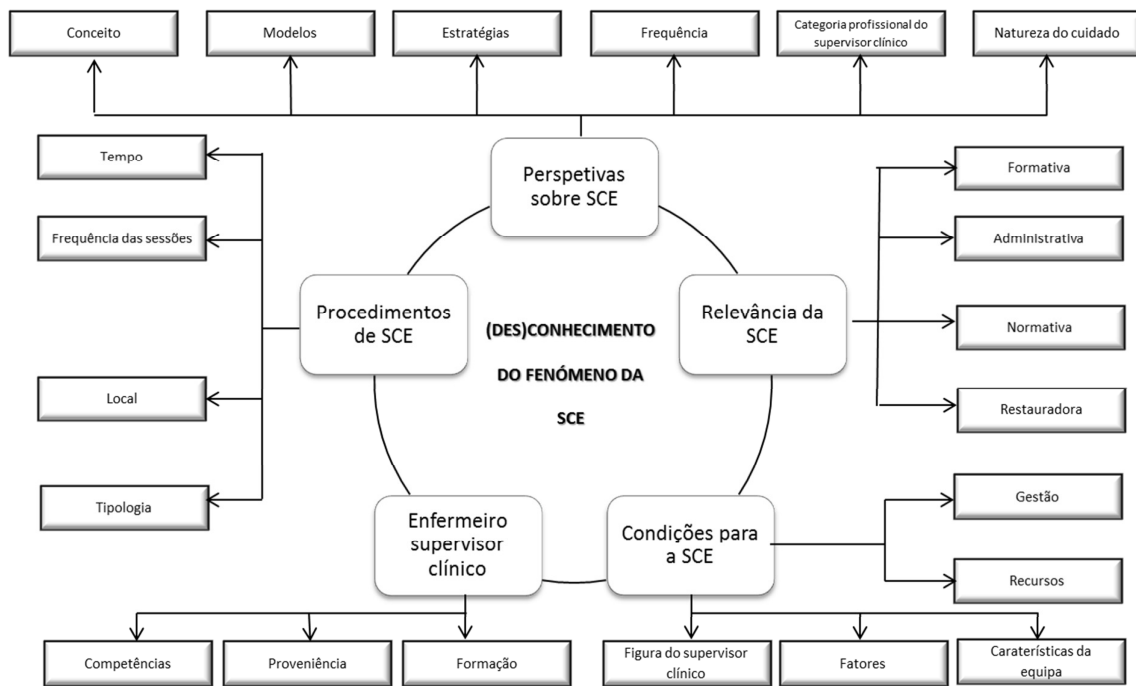
A evidência científica realça os efeitos positivos que a SCE tem a diferentes níveis, pelo que “(...) a sua adoção como estratégia de qualidade é cada vez mais urgente no nosso País (...)” (Cruz, 2008, p.112). As instituições de saúde começam a estar atentas a este facto mas distantes de proporcionarem e/ou puderem proporcionar condições para que esta realidade se efetive.

Inúmeros autores argumentam que a SCE é amplamente aceite como um mecanismo formal de suporte e de apoio contínuo dos profissionais; que aumenta a satisfação profissional; que é um requisito fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; que proporciona o desenvolvimento das práticas através do uso sistemático e contínuo da reflexão; que permite o desenvolvimento de *standards* de cuidados; que pode prevenir o risco clínico, entre outros aspetos. Poderíamos continuar a enumerar resultados positivos que se atribuem à SCE, contudo, não é esse o nosso propósito, porém qualquer um dos efeitos enunciado seria suficientemente relevante para que a SCE não fosse desconhecida e confundida da forma como acontece e que o nosso estudo documenta. Esta etapa do trabalho está já aceite para publicação (Cruz, Carvalho & Sousa, 2012).

Com o intuito de facilitar e de tornar a leitura da discussão dos resultados mais compreensível, decidimos ter por fio condutor o conjunto de temas encontrados e que ancoram na plataforma de objetivos definidos para esta fase e no modelo de análise previamente adotado. Após profunda reflexão, entendemos ser esta a melhor forma de evidenciar os resultados obtidos. Foi nossa opção discutir os resultados à medida que fomos apresentando e analisando os dados devido à extensão da análise de conteúdo efetuada.

A figura que se segue sintetiza os temas e categorias da análise de conteúdo efetuada às entrevistas realizadas aos enfermeiros chefes ou responsáveis pelos serviços no CHMA.

Figura 13- Representação esquemática dos temas e categorias do (des)conhecimento do fenómeno da SCE



A análise de conteúdo às entrevistas permitiu-nos compreender as práticas supervisivas em uso no CHMA e inferir acerca da inadequabilidade das mesmas face ao que se preconiza que a SCE deve ser.

Os enfermeiros chefes ou responsáveis pelos serviços partilhavam o descontentamento relativo à supervisão disponibilizada na Instituição devido a inúmeras circunstâncias e partilhavam também o desconhecimento relativo a várias áreas da supervisão. Neste contexto, os principais problemas identificados ao longo das entrevistas realizadas, foram:

- Dificuldade em definir SCE;
- Confusão relativa ao conceito de SCE:
 - Vários participantes concetualizaram a SCE como avaliação (avaliação de desempenho), controlo e punição;
- Desconhecimento sobre os modelos de SCE:
 - A maioria dos participantes refere não conhecer os modelos de SCE;

- Alguns participantes apontaram como modelo de SCE aquele que usavam para a integração de novos profissionais e um deles referiu-se ao modelo de SCE como as regras que impõe aos enfermeiros quando chegam ao seu serviço;
- Utilização inadequada de estratégias em SCE:
 - *'Fazer Intriga'*, *'punir/expor/envergonhar públicamente'* e *'segredar/espionar'* foram referenciadas como estratégias de supervisão, ao contrário do que é essencial e boa prática em SCE – o estabelecimento de relações de confiança e a confidencialidade entre supervisor e supervisionado;
 - Várias estratégias ligadas à gestão foram enumeradas pelos participantes;
 - Estratégias frequentemente utilizadas em SCE foram referenciadas contudo, o sentido atribuído em algumas delas foi distorcido e inadequado. O caso de *'monitorizar/observar'* é um exemplo desta realidade. O seu objetivo estava essencialmente focalizado na vigilância do comportamento, atitudes e *performance* dos enfermeiros.
- Confusão de terminologia acerca do termo *'supervisor'*:
 - Alguns dos participantes referiram que o supervisor clínico era ou deveria ser o enfermeiro com a categoria profissional de supervisor.
- Categoria profissional do enfermeiro supervisor clínico desaconselhada:
 - A maioria dos participantes referiu a categoria profissional de enfermeiro chefe para o desempenho do papel de supervisor clínico.
- Competências do enfermeiro supervisor clínico desapropriadas:
 - *'Aceitação pelo enfermeiro chefe'*, *'camuflagem'* e *'com poder'* foram competências proferidas pelos participantes como importantes para o desempenho do papel de supervisor clínico.
- Proposta de formação do enfermeiro supervisor clínico ampla e sem especificidade em SCE;
- Relevância da SCE centrada na função *'administrativa'*:

- Alguns participantes enfatizaram o *'controle'*, a *'avaliação'* e a visualização de más práticas dos enfermeiros e a agilização e *'operacionalização'* do serviço.
- Existência de condições dificultadoras da SCE:
 - *'Conduta profissional'* de alguns enfermeiros;
 - *'Constituição da equipa'* de enfermagem ou com falta de pessoal ou então equipas muito grandes;
 - Fatores ligados ao ambiente da Instituição;
 - Incongruência entre o que se espera do desempenho do supervisor clínico e a sua *performance*.
- Importância do papel ativo da gestão de topo e dos serviços na promoção de condições favoráveis e facilitadoras da SCE;
- *Deficits* de recursos a vários níveis que possibilitem uma SCE eficiente e eficaz;
- Desconhecimento da frequência das sessões de SCE:
 - A periodicidade das sessões variou desde o período semanal ao trimestral.

A identificação global destes problemas criou uma oportunidade para a mudança, apontando o desenvolvimento de um modelo de SCE como necessário e desejável.

CAPÍTULO IV – FASE II – DO AD HOC A UM MODELO DE SCE EM USO: DESENVOLVIMENTO DO MODELO

O *core* da fase II focalizou-se no desenvolvimento do modelo de SCE adequado ao CHMA. Os propósitos que o modelo deve cumprir e a sua estrutura foram os guias desta fase que decorreu de janeiro a dezembro de 2009.

4.1 – OBJETIVOS

Para a fase II, definimos os seguintes objetivos:

- Estruturar um programa de formação em SCE para os enfermeiros do CHMA;
- Implementar o programa formativo em SCE para os enfermeiros do CHMA;
- Solicitar ao enfermeiro diretor do CHMA a seleção dos serviços onde seria feita a implementação do modelo de SCE;
- Definir os propósitos que o modelo de SCE devia cumprir;
- Desenvolver um modelo de SCE que sustentasse as exigências do exercício profissional dos enfermeiros do CHMA;
- Identificar as condições necessárias para a implementação do modelo;
- Definir a estratégia de implementação do modelo.

4.1.1 – Formação em SCE

Do decurso da Fase I e da análise de conteúdo que efetuámos às entrevistas, concluímos que, à semelhança do que descreve a literatura, havia muita confusão e desconhecimento sobre o que é a SCE, que modelos existem, de que forma se estrutura o processo superviso, que perfil deve ter o supervisor clínico, entre outros aspetos. Não obstante, os participantes foram capazes de nomear alguns dos efeitos que a literatura atribui à supervisão, tais como: a relação que existe entre a SCE e a qualidade dos cuidados, a promoção da segurança dos clientes, e o crescimento e desenvolvimento dos profissionais.

Neste sentido, decidimos estruturar um programa de formação centrado nos *deficits* encontrados na Fase I. Esta formação em SCE foi incluída no programa de formação contínua do CHMA.

O formador do programa foi a própria investigadora e o público-alvo foi constituído pelos enfermeiros do CHMA com diferentes percursos profissionais e dos diferentes serviços da Instituição. A formação de cada grupo teve a duração total de 12 horas. As horas foram distribuídas por uma manhã ou tarde durante três semanas consecutivas.

Os objetivos delineados para a formação foram os seguintes:

- Adquirir conhecimentos no âmbito da SCE;
- Desenvolver competências no âmbito da SCE;
- Refletir sobre a adoção da SCE como estratégia prioritária para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Analisar o papel da SCE no desenvolvimento de conhecimentos e competências dos enfermeiros;
- Analisar o papel da SCE na qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Analisar o papel da SCE na promoção da segurança dos clientes;
- Desenvolver estratégias para a criação de uma cultura de SCE;
- Refletir sobre a importância da formação em espaços de ensino e nos contextos das práticas.

Para dar resposta a estes objetivos abordámos os seguintes conteúdos:

- Complexidade dos contextos e das práticas clínicas;
- Prática baseada na evidência;
- Segurança dos clientes;
- SCE e qualidade dos cuidados de enfermagem:
 - Perspetiva histórica;
 - Da supervisão à SCE;
 - Modelos de SCE;
 - Níveis, eixos e focos do processo supervisiivo;

- Implementação da SCE: barreiras e requisitos;
- Estratégias para a implementação de um modelo de SCE.
- Formação e práticas profissionais.

A metodologia utilizada na formação disponibilizada aos enfermeiros do CHMA compreendeu momentos de exposição teórica e ativa com reflexão e análise de situações práticas em grupo.

A avaliação da formação foi feita através da aplicação de um questionário de satisfação (ver anexo 36) que os formandos preencheram individualmente no final da formação. Este questionário foi elaborado de acordo com os parâmetros em avaliação pela instituição em todas as ações de formação. Foi dividido em duas partes essenciais. Na primeira, onde se avaliaram, através de uma escala tipo Likert que variou desde discordo em absoluto (valor 1) a concordo em absoluto (valor 5), aspetos concretos da formação, tais como:

- Perceção dos objetivos da formação;
- Adequação do conteúdo da formação às necessidades;
- Atualidade e utilidade dos temas abordados;
- Avaliação das expectativas da formação;
- Avaliação da motivação para participar na formação;
- Adaptação das atividades à formação;
- Avaliação do relacionamento entre o grupo de trabalho;
- Adequação dos meios audiovisuais;
- Domínio do formador sobre o (s) assunto(s) abordado(s);
- Adequação da metodologia usada pelo formador;
- Adequação da linguagem utilizada pelo formador;
- Empenho do formador;
- Avaliação do relacionamento entre o formador e grupo de trabalho.

Na segunda parte, solicitava-se que o formando respondesse a três perguntas abertas sobre a formação em SCE.

Inicialmente, foram programados oito grupos para realizar a formação em SCE, contudo como tivemos sempre enfermeiros em lista de espera para a fazer, decidiu-se fazer um esforço e aumentar o número dos grupos para 13, dada a indisponibilidade de mais tempo da formadora/investigadora. Neste contexto, o número total de enfermeiros que realizaram a formação foi de 149. Apesar deste indicador, a lista de espera de enfermeiros manteve-se.

De seguida, vamos apresentar a avaliação feita pelos enfermeiros acerca da formação disponibilizada.

4.1.2 – Avaliação da Formação em SCE

O tratamento dos dados foi realizado, utilizando as técnicas que mais se adequaram a cada caso. Utilizámos o programa de análise estatística de dados SPSS® versão 18.0. Apresentamos as variáveis categóricas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). Utilizámos a análise de conteúdo para o tratamento dos dados às questões abertas que foram efetuadas, de modo a poder identificar não só aspetos positivos que os enfermeiros quisessem partilhar mas também aspetos a melhorar e críticas que quisessem fazer à formação realizada.

As respostas às questões abertas foram anotadas de modo a poder assinalar os contrastes evidentes e facilmente identificar quais os elementos do texto a ter em conta, pelo que foi necessário ter como base a unidade de registo. Utilizou-se a medida frequencial simples, pelo que a regularidade quantitativa de aparição foi significativa, o que supõe que todos os parâmetros tenham o mesmo valor. O número de vezes em que cada uma das unidades surgiu repetido foi contado através de uma análise quase-estatística (Polit, Beck & Hungler, 2004). Para tal, determinou-se as frequências do fenómeno no contexto em análise e pode ser apresentado em percentagens ou valores absolutos (*scores*).

4.1.3 – Apresentação e Análise dos Dados da Avaliação da Formação em SCE

A apresentação dos dados será ilustrada de tabelas sempre que se justifique e precedida de informação pertinente e relevante para a sua compreensão.

Na tabela 11 (ver anexo 37), apresenta-se um conjunto de dados relativos à avaliação da formação/formador. A sua análise permite-nos afirmar que a maioria dos enfermeiros (>=85%) concordou que ('concordo' + 'concordo em absoluto'):

- Relativamente à formação *per si*: os objetivos foram percetíveis (98%); o conteúdo do programa foi adequado às necessidades (93%); os temas abordados foram atuais e úteis (99%); a formação correspondeu às expectativas (92%); existiu motivação para participar na formação (85%); as atividades realizadas foram adaptadas à formação (85%); existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho (98%) e os meios audiovisuais foram adequados (91%);
- Relativamente à *performance* do formador: o formador demonstrou domínio sobre o (s) assunto(s) abordado(s) (100%); os métodos adotados pelo formador foram adequados relativamente aos objetivos da formação (96%); a linguagem utilizada pelo formador foi adequada (100%); o formador demonstrou empenho na condução da formação (99%) e o relacionamento do formador com o grupo de trabalho foi bom (99%).

De seguida, vamos apresentar a análise de conteúdo feita às perguntas sobre os aspetos positivos da formação, os aspetos a melhorar, as sugestões e os comentários que os enfermeiros quisessem partilhar acerca da formação realizada. A tabela 11 refere-se aos dados que constam nos 100 questionários que tinham estas respostas. Da sua análise, podemos referir que, relativamente aos aspetos positivos da formação, destaca-se a relevância dada à reflexão sobre a prática e à aquisição de conhecimentos. No que se refere aos aspetos a melhorar, a ênfase foi colocada no maior número de horas de formação e no maior número de casos práticos. É de referir que os enfermeiros não teceram qualquer crítica à formação realizada e sempre se mostraram ávidos de conhecimento nesta área. Talvez por este facto, nove destes enfermeiros tenham optado por investir mais na

supervisão e tenham realizado o curso de pós graduação em SCE durante o ano letivo 2009/2010.

4.2 – SELEÇÃO DOS SERVIÇOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO

A seleção dos serviços para a implementação do modelo de SCE foi exclusivamente da responsabilidade do enfermeiro diretor do CHMA. Todavia, foi-lhe solicitado que respeitasse os seguintes critérios que guardavam relação direta com os objetivos e a finalidade do trabalho, a saber:

- Pelo menos um serviço em cada Unidade Hospitalar;
- Pelo menos um serviço cuja natureza da prestação de cuidados fosse do âmbito generalista e outro cuja natureza da prestação de cuidados fosse do âmbito das áreas de especialidade;
- O somatório do número de enfermeiros dos serviços selecionados fosse superior ou igual a 50 indivíduos, pois Winstanley (2000) refere que para aplicar a MCSS®:

“A minimum group size of 50 is recommended for statistical differences between groups to be analyzed. Evaluation of group sizes less than 50, using this instrument, should be reported using descriptive statistics only. Other methods of evaluation, for example focus group interviews, would provide additional useful qualitative data” (p.10).

- O modelo estivesse em funcionamento pelo menos durante seis meses, pois segundo Winstanley e White (2003): “The establishment of any programme for clinical supervision within an organization is accepted to take at least six to 12 months, or when the supervisees have experienced at least six sessions” (p.29).

Após a explicitação destes critérios, o enfermeiro diretor selecionou o Serviço de Medicina da UST e o Serviço de Obstetrícia/Ginecologia/Bloco de Partos da UVNF para fazerem parte deste trabalho. Contudo, após a constituição do *focus group*, a enfermeira chefe do Serviço de Pediatria da UST solicitou ao enfermeiro diretor a inclusão do seu

serviço no estudo. Refira-se que os elementos da equipa de enfermagem deste serviço fizeram a formação em supervisão clínica por nós ministrada. O enfermeiro diretor acedeu ao pedido, pelo que a implementação do modelo que inicialmente estava prevista para dois serviços passou para três, nomeadamente:

- Unidade de Famalicão
 - Serviço de Obstetrícia/Ginecologia/Bloco de Partos;
- Unidade de Santo Tirso
 - Serviço de Medicina;
 - Serviço de Pediatria.

4.3 – CONSTITUIÇÃO DO *FOCUS GROUP*

A definição dos propósitos que o modelo de SCE deveria cumprir foi um aspeto central de todo o trabalho. A opção da utilização do *focus group* tornou-se óbvia nesta fase do trabalho porque estávamos certos que aumentaríamos a probabilidade de sucesso do modelo a instituímos se os enfermeiros da instituição pudessem participar/investir na sua elaboração. A presença de enfermeiros dos diferentes serviços da instituição foi um passo fundamental para esta etapa. “Focus group methods are also popular with those conducting action research and those concerned to ‘empower’ research participants because the participants can become an active part of the process analysis” (Kitzinger, 1995, p.300). A sua utilização é vantajosa para recolher informação de assuntos variados e sensíveis (Streubert & Carpenter, 2002) na forma como os participantes os concetualizaram e concetualizam (Kitzinger, 1994, 1995).

Este método, frequentemente usado na investigação em enfermagem (Pereira, 2007), adequa-se a estudos de atitudes e experiências, por permitir uma interação e uma discussão profunda no seu seio (Kitzinger, 1994; Webb & Kevern, 2001). “Group work ensures that priority is given to the respondents ‘hierarchy of importance’, their language and concepts, their frameworks for understanding the world” (Kitzinger, 1994, p.108). Webb & Kevern (2001) ressaltam a noção que a interação é o aspeto central deste método,

o que lhe confere elevada validade de conteúdo, pois os participantes podem confirmar, enfatizar ou até mesmo contestar o que se afirma dentro do grupo.

Kitzinger (1995) é de opinião que se pode usar a interação entre os participantes do *focus group* com vários objetivos, nomeadamente:

- “To highlight the respondents’ attitudes, priorities, language, and framework of understanding;
- To encourage research participants to generate and explore their own questions and develop their own analysis of common experiences;
- To encourage a variety of communication from participants – tapping into a wide range and form of understanding;
- To help to identify group norms and cultural values;
- To provide insight into the operation of group social process in the articulation of knowledge (for example, through the examination of what information is censured or muted within the group);
- To encourage open conversation about embarrassing subjects and to permit the expression of criticism;
- Generally to facilitate the expression of ideas and experiences that might be left underdeveloped in an interview and to illuminate the research participants’ perspectives through the debate within the group” (p.302).

Winstanley e White (2002) afirmam que o *focus group* pode ser útil na investigação em determinadas áreas de enfermagem. Sloan (1998), citado pelos mesmos autores, aponta cinco razões para a escolha deste método:

- “Encourage a greater level of interaction between respondents;
- Group pressure inhibits individuals from providing misleading information;
- Create an environment where sensitive topics can be discussed;
- Time and cost implications can be less than with other methods;
- Enable the researcher to check various responses with other group members to confirm, or contrast opinion” (p.13).

Pereira (2007) refere que “(...) para além do mais, o potencial de mudança, individual e coletivo, associado aos grupos de discussão, é uma das razões pelas quais alguns autores colocam esta abordagem no âmbito das metodologias de ‘investigação qualitativa para a ação’ (Race *et al.*, 1994; Lewis, 1998) e para o desenvolvimento” (p.122).

No nosso estudo, optámos por construir o modelo de SCE a implementar de acordo com as perspetivas dos enfermeiros da instituição, daí a criação do *focus group*. Se o modelo deveria responder às suas necessidades, ninguém melhor que um grupo de peritos para ajuizar do seu desenvolvimento, implementação e avaliação.

4.4 – CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO *FOCUS GROUP*

A escolha dos participantes para a criação do *focus group* obedeceu a determinados critérios (não cumulativos) que ancoraram no fio condutor do trabalho a desenvolver, pelo que solicitámos a todos os enfermeiros chefes do CHMA que nomeassem um enfermeiro de cada serviço com as seguintes características:

- Enfermeiros da prestação de cuidados que fossem peritos, reconhecidos pelos pares e fossem considerados como referência/modelo pelos seus colegas;
- Enfermeiros que tivessem frequentado a formação de SCE ministrado;
- Enfermeiros com formação pós graduada em SCE;
- Enfermeiros com experiência na integração de novos profissionais nos serviços;
- Enfermeiros com experiência na orientação e acompanhamento dos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

Para além destes parâmetros, solicitámos aos enfermeiros chefes ou responsáveis pelo Serviço de Medicina da UST e pelo Serviço de Obstetrícia/Ginecologia/Bloco de Partos da UVNF que integrassem o *focus group*, visto serem os enfermeiros responsáveis pelos serviços selecionados pelo enfermeiro diretor para a implementação do modelo. A enfermeira chefe do Serviço de Pediatria da UST não fez parte do *focus group*, pois como já anteriormente referimos, a inclusão do serviço foi feita *a posteriori* da criação do grupo.

Este grupo foi constituído por 12 enfermeiros. A média de idades dos elementos foi de 39 anos, sendo a idade mínima de 29 e a máxima de 45; sete enfermeiros desempenhavam funções na UVNF e cinco na UST. Relativamente ao sexo, nove enfermeiros eram do sexo feminino e três do masculino. Seis enfermeiros tinham a categoria profissional

de enfermeiro especialista. No que se refere à relação jurídica de emprego, 11 deles tinham vínculo definitivo à função pública. Relativamente ao tempo de permanência no mesmo serviço, 10 participantes tinham tempo superior ou igual a 5 anos. O *focus group* foi constituído por enfermeiros que cumpriram os critérios de inclusão no geral e no que se refere à SCE em particular, todos os elementos receberam sensivelmente os mesmos conhecimentos através da formação ministrada pela investigadora.

4.5 – DESENVOLVIMENTO DO MODELO

O grupo teve 12 reuniões distribuídas pela UST e pela UVNF com uma duração sensivelmente 2h cada. Desta forma, tentamos facilitar a deslocação dos participantes e promover a sua adesão às mesmas, dado o grupo ser constituído por elementos das duas unidades.

O planeamento destas sessões obedeceu a um cronograma rigoroso que foi dado a conhecer aos participantes com antecedência para que pudessem solicitar aos enfermeiros chefes dos serviços a dispensa para o efeito.

As questões logísticas e organizativas foram da responsabilidade do Departamento de Formação do CHMA que disponibilizou as salas necessárias para as reuniões, no formato desejado (em círculo), em cada uma das unidades. “Sessions should be relaxed: a comfortable setting, refreshments, and sitting round in a circle will help to establish the right atmosphere. (...) Sessions may last one to two hours or extend into a whole afternoon or a series of meetings” (Kitzinger, 1995, p.301).

É de salientar que as horas despendidas nestas reuniões foram contabilizadas aos enfermeiros como tempo de serviço.

Dois dias antes de cada reunião, a investigadora/moderadora enviou um *email* a todos os elementos do grupo a relembrar a data, a hora e o local da mesma. As sessões foram de trabalho intensivo com o propósito de desenhar um modelo de SCE que se adequasse ao contexto e fosse capaz de responder às necessidades dos enfermeiros, pelo que esta estratégia se revelou adequada ao desígnio.

Todas as reuniões foram gravadas em suporte áudio, de acordo com o estabelecido com o grupo e foram por nós elaboradas notas de campo em todas elas. “Ideally the group discussions should be tape recorded and transcribed” (Kitzinger, 1995, p.301). Posteriormente, foi ouvida a gravação áudio, transcrito o seu conteúdo, complementado com as notas de campo efetuadas e sujeito a análise de conteúdo, utilizando o raciocínio indutivo.

O trabalho de campo, em sentido lato, pode ser entendido como todas as atividades desenvolvidas pelo investigador com os indivíduos nos seus contextos de ação, pelo que as notas de campo constituem uma estratégia de registo de acontecimentos que o investigador considera como significativos para a investigação, aliás Morse e Field (1998) referem que as notas de campo procuram fazer a “(...) reunião dos pontos mais salientes que serão (re)trabalhados mais tarde (...)” (p.91). Tal como referenciamos anteriormente, elaboramos notas de campo associadas ao funcionamento do *focus group*, anotando imediatamente após as reuniões os aspetos mais relevantes e à semelhança do que aconteceu com outras técnicas de recolha de dados, salvaguardamos sempre o anonimato dos participantes, identificando-os com a letra X e um número sequencial.

O *focus group* evoluiu de acordo com o proposto por Tuckman & Jensen (1977), passando por cinco fases distintas, nomeadamente *forming* (formação), *storming* (ebulição), *norming* (normalização), *performing* (produção) e *adjourning/mourning* (adiamento/luto).

Na fase de formação do grupo, nomeadamente no primeiro contacto, ‘quebrar o gelo’ foi imediato. A maioria dos participantes já se conhecia, o que proporcionou um clima agradável e uma oportunidade de convívio entre alguns deles. “During this stage the group members establish boundaries, identify why they are together, and begin exploring what they hope to achieve from clinical supervision” (Lynch, Hancox, Happel & Parker, 2008, p.83).

As expectativas que cada um tinha acerca do trabalho a desenvolver no grupo constituíram uma motivação adicional para os próprios participantes. Como todos eles tinham participado na formação em SCE e tinham sido convidados para fazerem parte do *focus group*, sentiram necessidade de aprofundar a temática e revelaram que o tinham feito,

com o propósito de ‘estar à altura do desafio que lhes era solicitado’. Esta foi uma fase de orientação do grupo (estabelecimento de regras de funcionamento do grupo, apresentação de todos os participantes inclusive da investigadora que acumulou o papel de moderadora do grupo, preenchimento de um questionário para a sua caracterização, conhecimento do cronograma das reuniões, esclarecimento de dúvidas, fornecimento de contactos telefónicos e *emails*). Após o cumprimento destas tarefas, tentámos perceber a percepção que os participantes tinham sobre a SCE. Para tal, foram usadas algumas frases sobre a temática centradas nos resultados da primeira fase do estudo de modo a iniciar o debate e a interação entre os participantes.

Inicialmente, na fase de ebulição, foi usado o *brainstorming* para tomar conhecimento sobre os diferentes pontos de vista, pensamentos e sentimentos dos participantes acerca da temática, sem que houvesse preocupação sobre a correção de cada afirmação. Tivemos necessidade de fornecer bibliografia específica de modo a que todos os elementos pudessem estar devidamente atualizados.

O grupo consciencializou-se do trabalho a desenvolver e do esforço para o fazer, o que podia ter levado à desistência de algum deles ou até mesmo ser gerador de conflitos, o que não aconteceu, apesar de estarmos alerta pois:

“As the name suggests, during this stage the group members commonly experience conflict. It is not unusual for members to interact on an emotional level as they tend to operate as individuals rather than as members of the group. Some members may be resistive to functioning as a group and focusing on the task(s) at hand. This is particularly likely if members come unwillingly to clinical supervision” (Lynch, Hancox, Happel & Parker, 2008, p.84).

Foi nosso propósito promover a livre discussão sobre a temática entre os participantes independentemente de haver opiniões contraditórias entre eles, pelo que o papel desempenhado pelo moderador é fundamental no *empowerment* do grupo.

Na fase de normalização, alguns dos participantes revelaram um empenhamento e dedicação ao trabalho notável, proporcionando a evolução do mesmo e a focalização nos assuntos a discutir sendo possível notar uma grande coesão entre os elementos do grupo.

“This is the stage where individuals begin to function as part of the group. Roles are established and opinions voiced. The purpose of the group is identified. There is a greater sense of comfort amongst members and they begin to use the time more effectively” (Lynch, Hancox, Happel & Parker, 2008, p.85).

Na fase de produção, obteve-se um documento elaborado pelo *focus group*, tendo por base a análise de conteúdo efetuada.

“During this stage the group members are energetic and working towards the completion of the task. Members now have established roles, they work through the issues creatively and flexibly. At the commencement of each session they quickly get down to work, they know how to use the time and they work well together” (Lynch, Hancox, Happel & Parker, 2008, p.85).

O documento elaborado sintetizou o trabalho desenvolvido ao longo das reuniões e constituiu a plataforma operacional do modelo de SCE que foi implementado no CHMA. “When group dynamics work well the participants work alongside the researcher, taking the research in new and often unexpected directions” (Kitzinger, 1995, p.299).

A elaboração do documento final teve como objetivos:

- Dar a conhecer a definição de SCE adotada;
- Clarificar a nomenclatura a utilizar;
- Identificar o papel e as responsabilidades do enfermeiro supervisor clínico;
- Identificar o papel e as responsabilidades do enfermeiro supervisionado;
- Dar a conhecer os objetivos da supervisão;
- Dar a conhecer os pressupostos da supervisão;
- Dar a conhecer a organização da SCE;
- Operacionalizar os critérios para a seleção do enfermeiro supervisor clínico;
- Dar a conhecer o contrato de SCE a ser celebrado entre o supervisor e o supervisionado;
- Apresentar a folha de registos das experiências/situações significativas a preencher pelo supervisionado;
- Apresentar as folhas de presença das sessões de SCE;

- Apresentar as folhas de presença das reuniões das equipas de enfermeiros supervisores clínicos.

Conforme o grupo foi aprimorando o documento, foi-se apercebendo que estavam perto do fim enquanto grupo de discussão, pelo que a fase de adiamento/luto foi muito notória. O ritmo de trabalho não foi constante e houve até sentimentos de perda por parte do grupo, pois encontraram no *focus group* um espaço de debate aberto, sincero sobre as práticas e o exercício profissional dos enfermeiros e sentiram a responsabilidade que a instituição depositou neles de colaborarem na construção de um modelo que contribuísse efetivamente para um aumento da qualidade dos cuidados prestados, para a segurança dos clientes e dos profissionais, para o aumento de conhecimentos e competências dos enfermeiros, para a satisfação e criação de uma cultura de supervisão.

“This stage occurs as the group comes towards conclusion. Group members explore the impending end and review or finish their work. It is important that consideration is given to the ‘What now?’ question. For example, if a task has been achieved, how will it be sustained or improved upon? What process needs to be put in place to ensure this happens? What resources are required and how will they be secured? It is possible that the group members may experience some grief as the process comes to a close. It is important that this be acknowledge and deal with it” (Lynch, Hancox, Happel & Parker, 2008, p.86).

Após a conclusão do documento, o *focus group* decidiu que deveria haver uma comissão de acompanhamento da implementação do modelo de SCE, pelo que foi solicitado ao Enfermeiro Diretor que disponibilizasse mais seis horas por cada participante do grupo de modo a que se pudessem fazer três reuniões de acompanhamento, nomeadamente uma no início da implementação, outra no fim do trimestre e uma reunião final. O Enfermeiro Diretor, de imediato, acedeu à solicitação feita.

Explanámos o funcionamento do *focus group* e a linhas orientadoras da construção do documento de operacionalização do modelo, pelo que importa evoluir para a clarificação do modelo.

4.6 – EIXOS DO MSCEC

Releva-se que os aspetos consensualizados no *focus group* foram fundamentais para a elaboração do MSCEC, porém torna-se pertinente explicitar o seu *core*. Abreu (2007) refere que “(...) um modelo de supervisão consiste num enquadramento concetual que deve auxiliar a supervisão clínica e conter referenciais operatórios” (p.193). Neste sentido e para melhor compreensão do mesmo, é essencial clarificar os termos a que se referem os eixos, designadamente: conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão.

Relativamente à conceção de cuidados, posicionámo-nos numa prática de “(...) *enfermagem avançada*: que significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela relação interpessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por ‘Core’ o diagnóstico da assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão” (Silva, 2007, p. 18). Neste contexto, adotámos o conceito de transição proposto por Chick e Meleis (1986), nomeadamente

“As a passage from one life phase, condition, or status to another, is a multiple concept embracing the elements of process, time span, and perception. Process suggests phases and sequence; time span indicates an ongoing but bounded phenomenon; and perception has to do with the meaning of the transition to the person experiencing it. (...) In summary, transition refers to both the process and the outcome of complex person-environment” (p.239-240).

Abreu (2007) refere que a transição é essencialmente “(...) um processo que acompanha a mudança de um estado de saúde para outro” (p.51). Machado (2004) alerta que a transição exige da pessoa a “(...) utilização imediata de mecanismos ou recursos de suporte disponíveis ou não, para o enfrentamento e adaptação, visando a resolução bem-sucedida de desajustes, conflitos, desorganização ou desarmonia, encontrando assim uma nova maneira de se ser” (p.22).

Os enfermeiros são, habitualmente, os primeiros cuidadores dos clientes e das suas famílias que passam por ‘uma’ transição, conscientes que a interpretação das repostas humanas constitui um desafio complexo (Lunney, 2004). De facto, existem quatro tipos de transição (Schumacher & Meleis, 1994) e que não são mutuamente exclusivas:

- Transição desenvolvimental – Tornar-se mãe/pai é a transição que tem tido maior enfoque, contudo existem outras também bastante estudadas, como é o caso da passagem para/na adolescência;
- Transição situacional – Transições ligadas aos papéis profissionais e educacionais constituem as que têm tido mais ênfase neste tipo de transições;
- Transição saúde-doença – Refere-se às mudanças no *status* de saúde dos clientes;
- Transição organizacional – As organizações também experienciam transições que afetam a vida dos seus trabalhadores e dos seus clientes. Transições organizacionais referem-se a transições no ambiente e refletem mudanças na liderança, nas políticas ou na estrutura organizacional.

A teoria das transições inclui quatro conceitos *major*, nomeadamente a natureza das transições, as condições da transição, os padrões de resposta e as terapêuticas de enfermagem.

Em síntese, podemos referir que a transição é um processo composto por várias fases e que requer que a pessoa “(...) incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, assim, altere o conceito de si num contexto social” (Silva, 2007, p.14). Dos enfermeiros espera-se a capacidade de promoverem transições saudáveis através da conceção de cuidados que realizam.

“A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na toma de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (OE, 2001, p.10).

A consciencialização e o envolvimento do indivíduo na transição são propriedades fundamentais para o sucesso da mesma (Meleis, 2010) e aos quais o enfermeiro não pode estar alheio.

No contexto hospitalar onde este estudo foi desenvolvido, foi possível, nos serviços onde o MSCEC foi implementado, os enfermeiros lidarem, direta ou indiretamente, com os diferentes tipos de transições referenciados quer fosse pela via do exercício profissional, quer fosse pela via da supervisão.

Para efeitos deste modelo, tomamos por definição de exercício profissional dos enfermeiros a que consta no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – Decreto-Lei nº. 161/96, de 4 de Setembro, Capítulo IV, Artigo 8º, nomeadamente:

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

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

3- Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional” (p. 4).

O exercício profissional da enfermagem

“(…) centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e um pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (famílias ou comunidades). (...) o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde se procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (OE, 2001, p.8).

No âmbito do exercício profissional, promove-se a relação terapêutica que se caracteriza pela parceria que se estabelece entre o enfermeiro e o cliente dos seus cuidados, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel.

Os enfermeiros exercem a sua profissão num contexto de atuação multiprofissional, pelo que se distinguem dois tipos de intervenções de enfermagem, designadamente: as intervenções interdependentes e as intervenções autónomas. No que se refere às intervenções interdependentes, é da responsabilidade do enfermeiro a sua implementação.

Relativamente às intervenções autónomas, estas iniciam-se na prescrição elaborada pelo enfermeiro e este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação da intervenção.

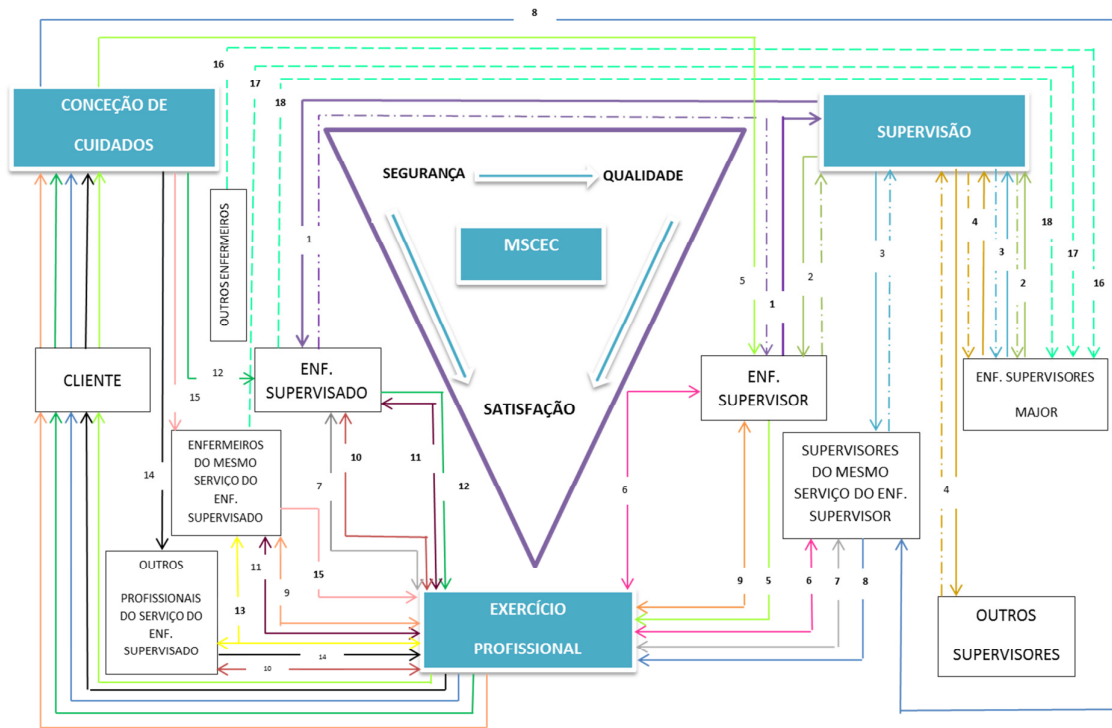
No que se refere à supervisão, adotámos como já anteriormente referido, o conceito proposto pela OE (2010) no contexto do MDP e que está referenciado no Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional - Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências, nomeadamente “(...) um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (p.5).

Os conceitos anteriormente apresentados são fundamentais no MSCEC, releva-se que os conceitos “(...) são palavras, ideias abstratas que representam comportamentos ou características que se podem observar concretamente. (...) As definições dos conceitos representam a significação dada a estes conceitos, no quadro de um modelo concetual ou de uma teoria” (Fortin, 2009, p.116).

O MSCEC, que está esquematicamente representado na figura 14, assenta na união das relações que se estabelecem entre os intervenientes que atuam nos três eixos anteriormente referidos e que permitem a sua retroalimentação, tornando-o num modelo ativo, dinâmico, pragmático e transferível para outros contextos de saúde. Assim, tem como propósitos explicitar:

- As principais necessidades de supervisão clínica dos enfermeiros;
- Os atores intervenientes nos diferentes eixos que se conjugam com o processo supervisiivo;
- O processo e as estratégias a utilizar na SCE;
- Os resultados/efeitos sensíveis ao modelo a diferentes níveis.

Figura 14- Representação esquemática do MSCEC



Legenda:

———— Relação direta entre os intervenientes

- · - · Relação indireta entre os intervenientes

- - - - Comunicação via *email* entre os intervenientes

- 1- Relação: supervisor \leftarrow supervisor (supervisão)
- 2- Relação: *major* \leftarrow supervisor (supervisão)
- 3- Relação: *major* \leftarrow supervisores do mesmo serviço do enfermeiro supervisor (supervisão)
- 4- Relação: *major* \leftarrow outros supervisores (supervisão)
- 5- Relação: supervisor \rightarrow cliente (exercício profissional)
- 6- Relação: supervisores do mesmo serviço \leftrightarrow supervisor (exercício profissional)
- 7- Relação: supervisores do mesmo serviço \leftrightarrow supervisionado (exercício profissional)
- 8- Relação: supervisores do mesmo serviço \rightarrow cliente (exercício profissional)
- 9- Relação: supervisor \leftrightarrow enfermeiros do mesmo serviço (exercício profissional)
- 10- Relação: supervisionado \leftrightarrow outros profissionais do mesmo serviço (exercício profissional)
- 11- Relação: supervisionado \leftrightarrow enfermeiros do mesmo serviço (exercício profissional)
- 12- Relação: supervisionado \rightarrow cliente (exercício profissional)

-
- 13- Relação: enfermeiros do mesmo serviço \longleftrightarrow outros profissionais do mesmo serviço (exercício profissional)
- 14- Relação: outros profissionais \longrightarrow cliente (exercício profissional)
- 15- Relação: enfermeiros do mesmo serviço \longrightarrow cliente (exercício profissional)
- 16- Comunicação via *email*: outros enfermeiros \longrightarrow *major* (supervisão)
- 17- Comunicação via *email*: enfermeiros do mesmo serviço \longrightarrow *major* (supervisão)
- 18- Comunicação via *email*: supervisionado \longrightarrow *major* (supervisão)

CAPÍTULO V – FASE III – DO *AD HOC* A UM MODELO DE SCE EM USO: OPERACIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO MSCEC

O MSCEC ancora em três eixos, designadamente: conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão, tal como referimos no capítulo anterior. Os contributos que pode proporcionar para a segurança dos clientes e dos profissionais, para a qualidade dos cuidados de enfermagem em particular e da saúde em geral, para a satisfação dos enfermeiros com o seu exercício profissional e para a satisfação dos clientes com os cuidados prestados, nomeadamente aqueles que se traduziram em ganhos em saúde especificamente os mais sensíveis aos cuidados de enfermagem, são altamente e diretamente dependentes das relações que se estabelecem por via dos eixos referidos, destacando-se os seus principais intervenientes: clientes, enfermeiros supervisionados, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisores clínicos *major*, enquanto potenciais agentes de mudança para a excelência em saúde. Importa, neste momento, dar a conhecer a sua operacionalização e as estratégias que utilizámos para a sua implementação, até porque “(...) structural and logistical hurdles also need to be overcome before clinical supervision becomes an inherent part of day-to-day work practices” (Cleary, Freeman, 2005, p.501).

5.1 – OPERACIONALIZAÇÃO DO MSCEC

A inovação que decorre do MSCEC, relaciona-se com a sua flexibilidade, abrangência, capacidade de adaptação e replicação em qualquer contexto, desde que seja inserido num quadro de melhoria contínua da qualidade, orientado pela criação/manutenção de uma cultura de supervisão e inserido na política institucional com logística própria. Asseguradas estas condições, impacto, na excelência da prestação dos cuidados, na segurança dos clientes, na aptidão dos enfermeiros ao exercício profissional e na satisfação dos diferentes intervenientes, será previsível.

De acordo com o documento elaborado pelo *focus group*, vamos dar a conhecer diferentes aspetos do MSCEC: definição de enfermeiro supervisor clínico; objetivos da

supervisão clínica; pressupostos para a supervisão clínica; estrutura da supervisão clínica; critérios para a seleção dos enfermeiros supervisores clínicos; contrato de supervisão clínica e folha para os registos de experiências/situações significativas do supervisionado - e a sua operacionalização nos diferentes serviços sempre que se justifique.

5.1.1 – Definição de Enfermeiro Supervisor Clínico

O termo enfermeiro supervisor clínico suscitava dúvidas no CHMA, dado que na carreira de enfermagem este foi um termo que designou uma categoria profissional bem determinada com desempenho de funções na área da gestão. Neste sentido, o *focus group* entendeu que devia definir ‘enfermeiro supervisor clínico’ como o enfermeiro cuja função:

“(…) consiste fundamentalmente em apoiar o desenvolvimento do profissional (seu par) ajudando-o a contornar dificuldades, a refletir sobre as práticas e a desenvolver competências que lhe permitam cuidar com qualidade [sendo] o seu papel central a promoção da qualidade das práticas” (Pires, 2004, p.6).

5.1.2 – Objetivos da SCE

O grupo definiu os seguintes objetivos para a supervisão:

- Criar ‘uma cultura de supervisão clínica de pares’ nos enfermeiros do CHMA;
- Fomentar o desenvolvimento de conhecimentos e de competências promotores da *expertise* profissional;
- Promover debate/reflexão entre os enfermeiros do CHMA sobre a sua prática clínica (aspetos positivos, dificuldades, stresse, ansiedade, etc.);
- Integrar novos profissionais;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no CHMA;
- Contribuir para a segurança dos clientes do CHMA;
- Proporcionar uma ‘normalização’ dos cuidados;
- Incentivar o uso de *standards* de cuidados;

- Promover a satisfação e a responsabilização profissional dos enfermeiros do CHMA;
- Identificar erros ou *near misses*;
- Registrar erros ou *near misses*;
- Identificar estratégias para minimizar/colmatar os erros ou *near misses*;
- Implementar estratégias para minimizar/colmatar os erros ou *near misses*.

5.1.3 – Pressupostos para a SCE

Para o sucesso da implementação do modelo, era necessário clarificar um conjunto de pressupostos de base a todo este processo, nomeadamente:

- O CHMA fornece formação e apoio adequado a todos os supervisores e supervisados que integrem o estudo;
- O enfermeiro supervisor clínico, no horário de supervisão acordado, deverá preferencialmente só realizar supervisão;
- Enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisados devem partilhar integralmente o processo de supervisão;
- Todos os profissionais envolvidos deverão encarar a supervisão clínica como uma mais-valia para eles próprios, para os clientes e para a Instituição;
- Para a implementação do processo de supervisão clínica devem ser assegurados os ratios adequados dos enfermeiros, de modo a manter a qualidade dos cuidados prestados aos clientes;
- O enfermeiro supervisor clínico deve ser um elemento integrante do serviço e da equipa de prestação de cuidados, para que conheça bem a dinâmica institucional, a realidade do serviço e os elementos que vai supervisionar, de modo a poder contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados e o crescimento/desenvolvimento da equipa;
- O ratio enfermeiro supervisor clínico/enfermeiro supervisionado deve ser 1/10-12, tal como a literatura descreve;

- Devem existir sessões formais de supervisão clínica de acordo com o planeamento efetuado;
- O impacto do processo de supervisão será alvo de avaliação.

5.1.4 – Estrutura da SCE

A estrutura concebida para a supervisão é crucial para a viabilidade de todo o processo. Neste contexto, o *focus group* delimitou três formas de supervisão, nomeadamente: supervisão direta, supervisão indireta e supervisão *on line*, que vamos passar a explicitar cada uma *per si*.

Para a estrutura da supervisão, foi despendido tempo que foi contabilizado como tempo de serviço pelo CHMA por ter sido um parceiro efetivo na investigação-ação.

Supervisão Direta (Enfermeiro Supervisor Clínico/Enfermeiro Supervisado)

A supervisão direta foi feita de diferentes formas. Neste contexto, a observação *in loco* e o acompanhamento da prática do enfermeiro supervisado pelo enfermeiro supervisor clínico foi realizado tendo por base uma negociação entre ambas as partes no que se referia ao momento em que deveria ser feita a supervisão. Para tal, cada supervisor dispôs de 120h no semestre para a realizar. O número mínimo de horas que o supervisor devia despendar por cada supervisado foi de 1h por mês. Deveria haver uma pequena reunião após cada observação e ser feito o registo da atividade.

O enfermeiro supervisor clínico negociou com o enfermeiro supervisado ações de acompanhamento no terreno para analisar os cuidados prestados nas diferentes vertentes, tendo sempre presente a ‘ação, reflexão e colaboração’ em diferentes áreas, tais como:

- Componente técnica;
- Componente relacional;
- Tomada de decisão;
- Equipa de saúde;

- Segurança do cliente;
- Planeamento dos cuidados;
- Gestão de conflitos;
- Outros.

Pelos critérios estabelecidos, foram selecionados nove enfermeiros supervisores clínicos, quatro no serviço de medicina, um no serviço de pediatria e quatro no serviço de obstetrícia/ginecologia/bloco de partos. Pelo que a cada um deles foram concedidas 120h no semestre para além do seu horário de trabalho para realizarem supervisão.

Outra forma de supervisão direta preconizada foi através da realização de sessões de supervisão clínica em enfermagem. Estas ocorreram no 1º., 4º. e 6º. mês e deveriam ter uma duração média de tempo de 1h a 1h30min. A investigadora esteve presente em todas as sessões realizadas. Enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados tiveram deveres, nomeadamente:

- Respeitarem-se mutuamente;
- Assegurarem e manterem a confidencialidade dos dados dos clientes e dos assuntos tratados;
- Regerem-se pelo Código Deontológico do Enfermeiro;
- Terem sempre presente uma atitude de partilha de experiências e de aquisição de novos conhecimentos e competências;
- Reverem pontos – chave da sessão anterior e identificarem os que necessitavam de ser melhor trabalhados e alvo de maior reflexão;
- Discutirem as áreas em desacordo de opinião, assegurando que as decisões deveriam ser tomadas preferencialmente por consenso assente na evidência científica, sustentando desta forma uma prática baseada na evidência.

Dada a impossibilidade de retirar muitos enfermeiros da prestação de cuidados para estarem presentes nas sessões de supervisão clínica, decidiu-se que estas seriam feitas sempre com dois enfermeiros supervisores clínicos e com metade dos seus grupos de enfermeiros supervisionados. Esta estratégia obrigou ao desdobramento dos grupos de

enfermeiros supervisionados e, no que se refere aos enfermeiros supervisores clínicos, exigiu a duplicação das sessões previstas.

De acordo com o cronograma estabelecido, foram realizadas 12 sessões de supervisão clínica no serviço de medicina, 4 no serviço de pediatria e 12 no serviço de obstetrícia/ginecologia/bloco de partos. Note-se que a equipa de enfermagem do serviço de pediatria foi substancialmente mais pequena do que as outras envolvidas neste processo. No geral, a duração das sessões ultrapassou as duas horas e a natureza dos assuntos tratados nas mesmas versaram, entre outros aspetos sobre: padrões de qualidade; qualidade dos cuidados de enfermagem; reflexão sobre/para/na prática; gestão de casos/conceção dos cuidados; desenvolvimento pessoal e profissional; prática baseada na evidência; segurança dos clientes; relato de erros ou *near misses*.

Em síntese, podemos referir que foram efetuadas 28 sessões de SCE de duas horas cada. Cada supervisor do serviço de medicina e do serviço de obstetrícia/ginecologia/bloco de partos teve necessidade de duplicar as sessões por causa do desdobramento do seu grupo de enfermeiros supervisionados dada a impossibilidade de retirar todos os enfermeiros dos serviços ao mesmo tempo.

Supervisão Indireta (Enfermeiros Supervisores Clínicos)

A supervisão indireta foi feita através das reuniões das equipas de enfermeiros supervisores clínicos. Estas reuniões tiveram como propósito não só a troca de informações entre si mas também a normalização da sua atuação. A periodicidade das reuniões foi estabelecida da seguinte forma: 1º, 3º. e 6º. mês. A investigadora esteve presente em todas as reuniões realizadas. Cada reunião deveria ter a duração máxima de 2h, que não deveriam ser contabilizadas nas 120h já previamente programadas para os enfermeiros supervisores clínicos.

Nas reuniões, estiveram presentes os enfermeiros supervisores *major*, cuja função foi fazer supervisão dos supervisores, pelo que, os acompanharam, orientaram e monitorizaram a evolução dos enfermeiros supervisores clínicos ao longo do semestre. Estava também

preconizado que gerissem a informação relativa aos erros ou *near misses* que lhes viessem a ser reportados por diferentes vias em geral e pela supervisão *on line* em específico.

O *focus group* definiu critérios para a seleção destes supervisores clínicos *major*, nomeadamente:

- Constituírem uma equipa formada por 2 enfermeiros do CHMA que tivessem pertencido ao *focus group*;
- Tivessem formação na área da supervisão clínica em enfermagem ou terem estado presentes em todas as sessões do *focus group*.

Foram realizadas três reuniões com todos os enfermeiros supervisores (*major* e clínicos) com a duração de 2h cada.

Supervisão *On Line*

A supervisão *on line* devia ter sido feita através do registo anónimo de situações que os enfermeiros considerassem pertinentes mas também registo dos erros e dos *near misses*, no portal do CHMA numa plataforma/*interface* criada para o efeito a que só os enfermeiros teriam acesso.

No final de cada mês, o(s) registo(s) seria(m) alvo de triagem pela investigadora de modo a que se eliminasse qualquer item/termo identificativo da situação ou do indivíduo(s). Assegurando-se assim a confidencialidade dos relatores e dos intervenientes. O objetivo desta medida foi criar uma cultura de segurança para os clientes e de conhecimento dos erros/falhas que pudessem existir na prestação dos cuidados, de modo a que as atividades que viessem a ser implementadas respondessem de forma efetiva aos problemas diagnosticados. De seguida, os supervisores *major* analisariam os relatos e deveriam propor estratégias que entendessem necessárias face às situações identificadas. Por questões ligadas à política de qualidade da instituição, este tipo de supervisão não foi viabilizada, apesar de se terem feito diligências no departamento de informática para a criação da plataforma.

5.1.5 – Critérios para a Seleção do Enfermeiro Supervisor Clínico

O grupo entendeu que o enfermeiro supervisor clínico devia ser nomeado pelo enfermeiro chefe/responsável pelo serviço, tendo por base os seguintes critérios:

- Ser um perito na prestação dos cuidados;
- Ter formação pós-graduada preferencialmente em SCE;
- Ter uma relação jurídica de emprego estável, com horário completo (35h ou mais);
- Experiência profissional como enfermeiro de pelo menos quatro anos;
- Experiência no serviço onde exerce funções de pelo menos dois anos;
- Ter presente a necessidade de contribuir para a gestão do serviço;
- Ter experiência nos processos formativos (estudantes nos diferentes ciclos de formação, integração de novos profissionais);
- Ser reconhecido pelos pares;
- Ser ponderado e assertivo;
- Ser detentor de uma capacidade de reflexão crítica do seu trabalho e dos outros;
- Ser capaz de estabelecer relações de confiança (em que se possa confiar medos, receios, pedir ajuda se necessário);
- Estar efetivamente presente na equipa.

Fizemos reuniões com os enfermeiros chefes/responsáveis dos serviços para se aplicarem estes critérios e selecionarem-se os enfermeiros supervisores clínicos das equipas de enfermeiros que estavam na prestação dos cuidados nos serviços já referenciados.

5.1.6 – Contrato de SCE

Com o intuito de formalizar a SCE, durante o período de implementação do modelo (seis meses), o *focus group* entendeu que os enfermeiros supervisores clínicos e os enfermeiros supervisionados deviam constituir um contrato individual que contemplasse os seguintes aspetos:

- Identificação do enfermeiro supervisor clínico;
- Identificação do enfermeiro supervisionado;
- Duração do contrato;
- Condições para a revisão/alteração do contrato - se aplicável;
- Objetivos dos enfermeiros supervisionados para o período de supervisão estabelecido - a entregar ao enfermeiro supervisor clínico até duas semanas após a primeira reunião;
- Responsabilidades/papel do enfermeiro supervisor clínico:
 - Ter formação na área da supervisão clínica;
 - Ser capaz de se autocriticar;
 - Fazer a apresentação ao seu grupo de supervisão;
 - Ser capaz de explorar áreas de intervenção e as expectativas dos enfermeiros supervisionados;
 - Deixar espaço para a individualidade de cada um, permitindo/encorajando a expressão de sentimentos ou de receios por parte dos enfermeiros supervisionados, solicitando-lhes que expusessem questões pertinentes para serem discutidas nas sessões formais de supervisão;
 - Proporcionar um ambiente de trabalho agradável, de abertura e favorável à partilha e expressão de sentimentos e experiências;
 - Dar *feedback* das suas observações;
 - Enfatizar as boas práticas;
 - Promover a reflexão crítica da prática clínica;
 - Apoiar/aconselhar o enfermeiro supervisionado em momentos de dificuldade técnica, relacional ou emocional;
 - Fomentar o desenvolvimento do espírito crítico – reflexivo promotor de uma prática reflexiva;
 - Incentivar uma prática baseada na evidência;
 - Definir um cronograma com a frequência das sessões formais de supervisão;
 - Estabelecer/identificar os conteúdos formais de cada sessão;

- Ser capaz de refletir e de analisar a evolução dos enfermeiros supervisionados;
- Ser capaz de refletir e de analisar a sua própria evolução como enfermeiro supervisor clínico.
- Responsabilidades/papel do enfermeiro supervisionado:
 - Traçar objetivos gerais e específicos para o período de supervisão;
 - Ser capaz de identificar áreas a melhorar e/ou problemáticas;
 - Dar a conhecer ao enfermeiro supervisor clínico as suas expectativas para a supervisão;
 - Preparar as sessões de supervisão;
 - Estabelecer os conteúdos formais de cada sessão;
 - Aproveitar a supervisão como possibilidade de expressar e modificar comportamentos com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
 - Efetuar uma reflexão crítica da sua prática clínica;
 - Rentabilizar as sessões de supervisão para ter aconselhamento, suporte e até mesmo resposta às questões que o inquietam;
 - Estar aberto e aceitar as sugestões apresentadas pelo enfermeiro supervisor clínico, como forma de crescimento pessoal e profissional;
 - Tomar conhecimento do cronograma das sessões formais de supervisão;
 - Ser capaz de refletir e de analisar a sua evolução.
- Frequência e duração das sessões de supervisão clínica;
- Cláusula de confidencialidade;
- Local, data e assinaturas de ambos.

Registo das Experiências / Situações Significativas pelo Enfermeiro Supervisionado

A folha de registo das experiências/situações significativas a preencher pelo enfermeiro supervisionado e que constou do contrato, foi adaptada da folha do NHS (2006) e contemplou os seguintes aspetos:

- Descrição da experiência/situação;
- Justificação da importância da experiência/situação;
- Identificação das emoções e sentimentos vivenciados na (durante, após) experiência/situação;
- Identificação do que esteve bem;
- Identificação do que esteve mal;
- Descrição do tipo de apoio que teria sido importante;
- Descrição do que teria feito de forma diferente;
- Identificação do resultado da reflexão sobre a experiência/situação na supervisão;
- Enumeração das estratégias/medidas acordadas com o enfermeiro supervisor clínico.

Foi solicitado a cada enfermeiro supervisionado que preenchesse pelo menos uma destas folhas de registo e que a discutisse/refletisse com o enfermeiro supervisor clínico. Alguns enfermeiros supervisionados decidiram refletir nas sessões de supervisão as experiências/situações que consideraram significativas, para além da reflexão feita com o enfermeiro supervisor clínico.

5.2 – ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO MSCEC

Anteriormente, expusemos o MSCEC e a sua operacionalização. Todavia, importa enumerar as estratégias usadas para que esta implementação fosse possível e tivesse sucesso.

É consensual que a maioria dos profissionais é resistente à mudança, que se habitua facilmente a rotinas, pelo que mudar algo se reveste de um esforço titânico que pode não ter o efeito desejado culminando, por vezes, em insucesso e fracasso. As mudanças que se operam a nível profissional frequentemente têm um carácter *top down*, tornando-se difícil a sua operacionalização para quem tem que as implementar. A supervisão clínica em enfermagem não é alheia a este facto, “(...) despite the recent attention to clinical

supervision for nursing, little consideration has been given to the implementation process” (Lynch, Hancox, Happel & Parker, 2008, p.47).

Ousámos perspetivar a implementação do MSCEC, antecipando e prevendo os constrangimentos e as dificuldades que iríamos ter *à posteriori*. Coleman e Lynch (2006) afirmam relativamente à implementação da supervisão clínica que é óbvio que o problema existe.

Com o sentido de não destabilizar nem profissionais, nem serviços tentámos colmatar os constrangimentos e as dificuldades *à priori*.

“A considered and structured plan for the implementation of clinical supervision is crucial to the success of this strategy. Indeed, an *ad hoc*, disorganized and uncoordinated way of introducing clinical supervision could actually reinforce the surrounding common myths and paranoia, and significantly reduce the potential positive benefits ” (Lynch, Hancox, Happel & Parker, 2008, p.71).

Assim, recorreremos a um conjunto de estratégias prévias à implementação do modelo, nomeadamente:

- Reunião com o Conselho de Enfermagem do CHMA (Enfermeiro Diretor e todos os Enfermeiros Chefes) para dar a conhecer a operacionalização do modelo e as estratégias de implementação do mesmo;
- Distribuição do documento da operacionalização do modelo, aos três serviços escolhidos para a sua implementação, com o propósito dos enfermeiros o lerem, terem tempo para refletirem e colocarem as dúvidas que tivessem;
- Reuniões com os três enfermeiros chefes/responsáveis pelos serviços para explicitar todo o processo em pormenor e selecionar os enfermeiros supervisores clínicos de cada serviço de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- Reuniões com as equipas de enfermagem com o objetivo não só de dar a conhecer a operacionalização do modelo, mas também de esclarecer dúvidas acerca do processo em que se iam envolver. Estas reuniões foram conduzidas pela investigadora e contaram sempre com a presença do Enfermeiro Diretor,

que sensibilizou diretamente os enfermeiros para o potencial de crescimento/desenvolvimento a vários níveis, proporcionado por esta investigação, reiterando o compromisso, no que se referia à colaboração e disponibilização de todos os recursos possíveis para o sucesso da implementação do modelo;

- Reuniões com todos os enfermeiros supervisores clínicos de modo a clarificar o seu papel e as suas responsabilidades bem como estabelecerem o cronograma da supervisão que iriam efetuar;
- Acompanhamento de toda a implementação do modelo por parte da comissão de acompanhamento da implementação do modelo de SCE cujos elementos foram os do *focus group*;
- Sensibilização a todos os enfermeiros do CHMA, por parte dos elementos da comissão de acompanhamento da implementação do modelo através de contatos informais com as próprias equipas para o estabelecimento de uma cultura de supervisão e implementação do modelo.

Conscientes que:

“Ad-hoc clinical supervision only serves to reinforce cautious attitudes towards supervision and supports the cultural belief that it has limited value in practice” (Cleary & Freeman, 2005, p.501),

fizemos todos os esforços para que a implementação do modelo pudesse ser um sucesso e contribuisse efetivamente para a segurança, a qualidade e a satisfação de todos.

PARTE III – MSCEC: CONTRIBUTO PARA A EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO

CAPÍTULO VI – FASE IV – DO *AD HOC* A UM MODELO DE SCE EM USO: AVALIAÇÃO DO MSCEC, DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E DA MUDANÇA

O MSCEC apontou conceitos centrais, necessidades de supervisão clínica, atores intervenientes nos diferentes eixos que se conjugam com o processo supervisivo, os que se integram e interagem diretamente neste, o processo e as estratégias usadas e ainda os resultados/efeitos sensíveis à sua adoção. Decorrido o tempo de implementação e explicitado todo o processo desde o *ad hoc* ao modelo em uso, importa evoluir não só para a exposição da sua avaliação mas também para a exposição da avaliação do processo de implementação e da mudança que se operou, pois como afirmam Cleary e Freeman (2005), “(...) it is imperative that the advantages and disadvantages of clinical supervision be explored to address the discrepancy between the rhetoric of clinical supervision and the reality of its implementation” (p.502).

A implementação do modelo decorreu de janeiro a junho de 2010 nos serviços de medicina e de pediatria da UST e no serviço de obstetria/ginecologia/bloco de partos da UVNF, tal como havíamos anteriormente referenciado. A reportar houve um único(a) enfermeiro(a) das equipas selecionadas que recusou participar na implementação do modelo e o serviço de pediatria tornou-se num caso paradigmático da sua implementação. Foi a seu pedido que integrou este estudo e sensivelmente a meio da implementação, começaram a surgir rumores que o serviço ia fechar e que iria permanecer exclusivamente como serviço de internamento de pediatria, o da UVNF. Este cenário veio a confirmar-se e interferiu com as expectativas traçadas para a supervisão. Não obstante, as sessões de supervisão foram rentabilizadas para os(as) enfermeiros(as) fazerem a catarse da situação que estavam a vivenciar e, por esta via, puderem partilhar sentimentos e emoções relativas a um evento que consideraram marcante nas suas vidas profissionais.

6.1 – PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os desenhos pré facto – pós facto de investigação são “(...) largamente usados em pesquisas de comportamento, inicialmente com o propósito de comparar grupos e/ou avaliar mudanças que resultam de um tratamento experimental” (Dimitrov & Rumrill Jr., 2003, p. 159). Este ciclo de investigação não estaria completo sem que fosse levada a cabo a avaliação do processo de implementação e do adquirido, pelo que, na última fase do estudo, utilizamos diferentes métodos de recolha de dados para o efeito. Neste sentido e com o propósito de explorar e descrever a avaliação que elementos com diferentes cargos e funções fizeram da sua implementação, entrevistámos informantes chave que nos permitiram ter uma visão integrada e sustentada de todo o processo face à posição que cada um ocupou. Assim, entrevistámos:

- Enfermeiro diretor;
- Todos os enfermeiros chefes ou responsáveis das unidades de internamento onde o MSCEC foi implementado;
- Todos os enfermeiros supervisores clínicos das unidades de internamento onde o MSCEC foi implementado;
- Todos os enfermeiros supervisores clínicos *major*;
- Um enfermeiro supervisionado de cada unidade de internamento onde o MSCEC foi implementado.

Após seis meses de implementação, tempo mínimo considerado pela autora da MCSS[®] para se poder avaliar a SCE disponibilizada (Winstanley, 2000) e com o objetivo de monitorizar as variáveis, stresse, *coping* e capacidades da inteligência emocional, para além da avaliação da SCE disponibilizada, aplicámos um questionário a todos os enfermeiros supervisionados constituído por várias partes. Na primeira parte, procedeu-se à caracterização sociodemográfica dos supervisionados; na segunda e terceira parte, incluiu-se o IRRP[®] e a EVBCIE[®] e, a última parte, foi constituída pela versão portuguesa da MCSS[®].

A fase IV, decorreu entre julho de 2010 e julho de 2011.

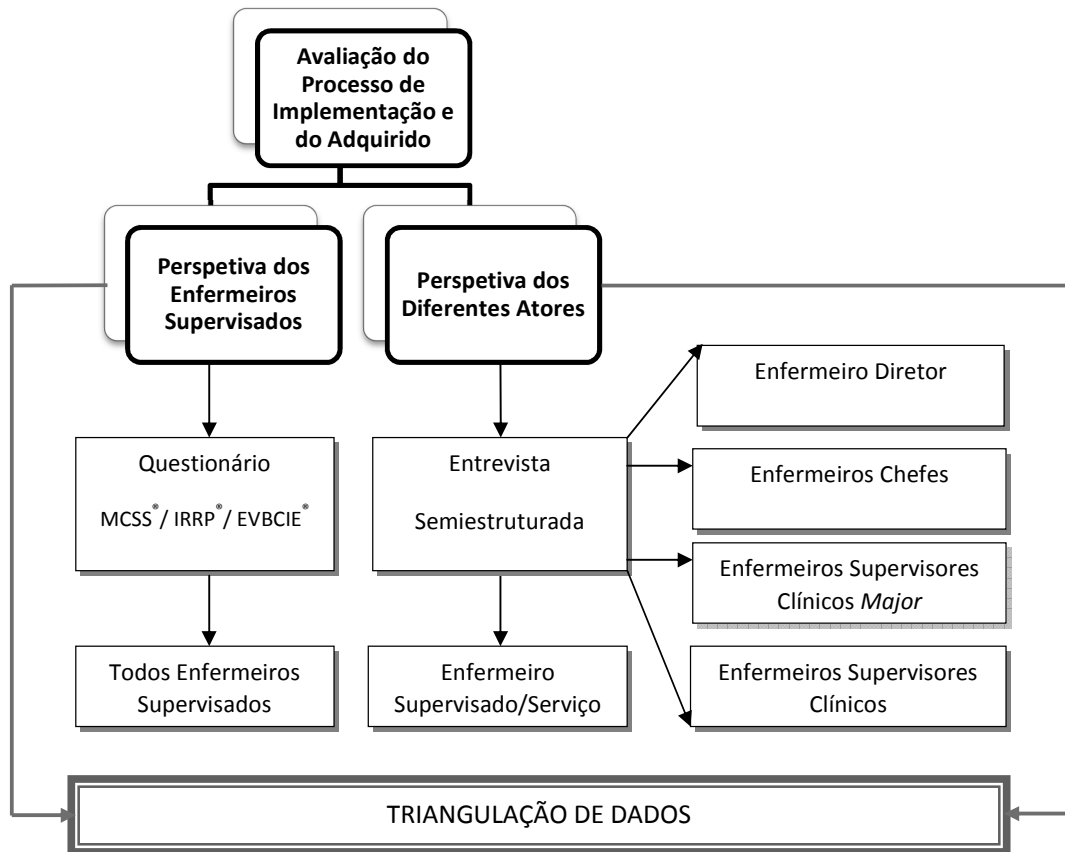
6.2 – OBJETIVOS

Para conhecer a avaliação que enfermeiros com diferentes cargos e funções fizeram do modelo, do seu processo de implementação e da mudança realizada tivemos necessidade de definir objetivos específicos, tais como:

- Avaliar a eficácia da SCE disponibilizada na perspetiva dos enfermeiros supervisionados através da versão portuguesa da MCSS[®];
- Avaliar a satisfação com a SCE disponibilizada na perspetiva dos enfermeiros supervisionados através da versão portuguesa da MCSS[®];
- Avaliar as respostas ao stresse dos enfermeiros supervisionados através do IRRP[®];
- Avaliar os recursos de *coping* dos enfermeiros supervisionados através do IRRP[®];
- Avaliar as capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros supervisionados através da EVBCIE[®];
- Avaliar o impacto da implementação do MSCEC:
 - Relacionando-o com as respostas ao stresse dos enfermeiros supervisionados;
 - Relacionando-o com os recursos de *coping* utilizados pelos enfermeiros supervisionados;
 - Relacionando-o com as capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros supervisionados.
- Identificar as condições que promovem a SCE;
- Descrever o perfil do enfermeiro supervisor clínico em enfermagem;
- Avaliar as estratégias de implementação do MSCEC;
- Avaliar os procedimentos de SCE;
- Descrever os efeitos do MSCEC.

De seguida, passamos a apresentar esquematicamente o processo de avaliação utilizado (ver figura 15).

Figura 15 – Representação esquemática do processo de avaliação



Pela análise da figura 15, podemos referir que a avaliação do processo de implementação e do adquirido será feita não só na perspetiva dos enfermeiros supervisados e, para tal, aplicámos um questionário a todos, composto por diferentes partes. sendo a primeira parte onde se procedeu à caracterização sociodemográfica dos sujeitos em estudo, a segunda que foi composta pela versão portuguesa da MCSS[®], a terceira onde se incluiu o IRRP[®] e, finalmente, a última com a EVBCIE[®], mas também, na perspetiva dos diferentes atores que de diferentes formas estiveram ligados ao estudo, e, neste sentido, entrevistámos 18 informantes chave. Assim, foi possível fazer a triangulação dos dados. Segundo Denzin (1989), esta refere-se ao uso de múltiplas fontes de dados em que cada uma se focaliza no fenómeno de interesse. Segundo Stuart (2003), o seu objetivo é que as fontes de dados providenciem “(...) unique and diverse views about the same topic to contribute to validity and reliability: this enables the researcher to discover the dimensions of a phenomenon which are similar and dissimilar” (p.81).

De acordo com Polit et *et al.* (2004) “(...) a triangulação proporciona uma base de convergência sobre a verdade. Usando métodos e perspectivas múltiplas, os pesquisadores esforçam-se por distinguir a verdadeira informação da informação com erros” (p.296).

6.3 – EFEITOS DO MSCEC NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS SUPERVISADOS

A perspetiva dos enfermeiros supervisionados relativamente aos efeitos do MSCEC é fundamental neste estudo, pois permite-nos rentabilizar o seu potencial e viabilizar a sua adequação às necessidades efetivas dos enfermeiros, tornando-os mais aptos para o exercício profissional.

Para além de avaliarmos a SCE disponibilizada através da versão portuguesa da MCSS[®], decidimos também explorar as relações que existiram entre a implementação do MSCEC e as respostas ao stresse e os recursos de *coping* dos enfermeiros através do IRRP[®] e ainda explorar a relação que existiu entre a implementação do MSCEC e as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros através da EVBCIE[®]. É relevante, nesta fase, tecermos algumas considerações acerca das variáveis que decidimos monitorizar neste estudo: stresse, *coping* e inteligência emocional.

O termo stresse existe na língua inglesa desde o século XIV (Serra, 2002). Contudo, só a partir de 1930 é que aparece na literatura científica e, em 1956, começa a ser utilizado nos jornais de enfermagem (Rice, 2000). Não só a psicologia mas também a enfermagem e a medicina reconheceram a importância que o stresse e o *coping* têm na saúde (Rice, 2000), tornando-se assim conceitos a investigar e a desenvolver.

Hans Selye (1956) citado por Ganhão (1993) define stresse como “(...) uma defesa não específica do organismo, comum a todos os seres vivos e a todas as agressões” (p. 91). Nesta definição, o stresse é um agente neutro, pelo que pode ser positivo ou negativo, de acordo com a perceção e a interpretação de cada indivíduo. Esta perspetiva biológica refere-se ao stresse como uma resposta a uma situação de tensão, daí que é um “(...) fenómeno essencialmente fisiológico na procura da homeostasia” (Machado & Lima, 1998 e Selye, 1987 citados por Santos, 2003, p. 75). Desta forma, quando o organismo é exposto a uma

exigência e esta o obriga a uma adaptação, então desencadeia-se uma resposta típica, à qual Selye chamou Síndrome Geral de Adaptação (SGA):

- “Síndrome – porque envolvia um conjunto de manifestações coordenadas e relativamente independentes.
- Geral – porque eram afetados grandes departamentos orgânicos.
- De Adaptação – porque parecia ter como finalidade última reativar defesas que ajudam a repor o equilíbrio perturbado” (Serra, 2002, p.152).

Assim, a resposta decorre em três etapas, nomeadamente reação de alarme, estágio de resistência e fase de exaustão.

Serra (2002) afirma que a ocorrência de stresse “(...) é suscetível de determinar consequências preocupantes que podem lesar o bem-estar e a saúde (física e psíquica) do indivíduo” (p. 11) e que este produz diferentes tipos de resposta no ser humano, nomeadamente de natureza biológica, cognitiva, comportamental e emocional.

A forma como cada indivíduo lida com o stresse depende essencialmente dos meios que dispõe e dos recursos de *coping* que possui. O conhecimento atual sobre o *coping* remonta à teoria evolucionista de Darwin, devido à importância atribuída às ‘atividades com vista à resolução de problemas’ face ao conceito de ‘luta pela sobrevivência’ (Santos, 2003). Mas recorde-se que o termo *coping* é um *galicismo* que já existe desde longa data na língua inglesa (Serra, 2002), contudo, só recentemente apareceu como um conceito psicológico diferenciado. De facto a sua história acompanha a psicologia desde o início e centra-se no “(...) modo como os indivíduos se adaptam a circunstâncias adversas” (Pais – Ribeiro, 2005, p. 297).

Serra (2002) afirma que o *coping* tem um significado preciso, isto é, “(...) refere-se às estratégias que são utilizadas pelo ser humano para lidar com as ocorrências indutoras de stresse” (p. 365). Assim, os objetivos do *coping* podem ser obtidos através de diferentes estratégias. Estas refletem ações, comportamentos ou pensamentos de forma a lidar com um stressor (Folkman, Lazarus, Dunke-Schetter, DeLonguis & Gruen 1986). Segundo Folkman e Lazarus (1980), podem-se classificar as estratégias de *coping* em dois grupos, dependendo da sua função:

(1) Estratégias de *coping* focadas no problema ('problem-focused *coping*') – a função desta estratégia visa alterar a situação stressante através da alteração do problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está a desencadear a tensão. Os esforços são normalmente dirigidos para a análise da situação problemática, para a produção de alternativas, para a escolha da melhor alternativa e por fim para a ação (Folkman *et al.*, 1986; Lazarus & Folkman, 1984).

(2) Estratégias de *coping* focadas nas emoções ('emotion-focused *coping*') – a função desta estratégia visa controlar e regular o estado emocional que é associado ao stress, ou que é resultado de situações stressantes. Permite reduzir o efeito da tensão provocado pela situação e mantém o equilíbrio afetivo (Lazarus, 1991, 2000).

Tal como Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), deve-se referir que posteriormente foi apresentada uma terceira estratégia de *coping* – focalizada nas relações interpessoais, na qual o indivíduo procura apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução das suas situações problemáticas (O'Brien & DeLongis, 1996).

Por sua vez, o conceito de inteligência emocional só aparece nos anos 90, apesar de já anteriormente haver designações vagas para este conceito (Goleman, 2000). Mayer e Salovey (1997) definem-na como sendo "(...) a habilidade para reconhecer, avaliar e gerar emoções, bem como ajudar o pensamento a compreender as emoções e o conhecimento emocional, regular de modo reflexivo as emoções e promover o crescimento emocional e intelectual" (p. 10). Mayer (1999) refere que os autores ao definirem a inteligência emocional, normalmente enumeram uma lista de características da personalidade, tais como: empatia, motivação, persistência, competência social, entre outras. Morehouse (2007) chama à atenção que, atualmente, existe concordância que a inteligência emocional encapsula qualidades pessoais comumente conotadas como ferramentas positivas não só para interações efetivas mas também para a condução dos eventos de vida diários. A autora no estudo que realizou sugeriu que a nível profissional, os recursos humanos deviam considerar a implementação de políticas e procedimentos que reconheçam a inteligência emocional como um elemento chave no sucesso organizacional (Idem). Vilela (2006) refere que a inteligência emocional é apreendida e que se continua a desenvolver ao longo da vida,

à medida que aprendemos com as experiências pelas quais passamos e nos motivamos em aperfeiçoar a empatia e a destreza social. Agostinho (2008) afirma que parece ser importante possuir capacidades que nos permitam lidar racionalmente com as emoções, “(...) encontrando um equilíbrio inteligente entre a razão e a emoção, ou seja, ser emocionalmente inteligente/competente” (p.14).

Fresh-Water e Stickley (2004) citados por Smith, Profetto-McGrath e Cummings (2009) a propósito da inteligência emocional, referem que “(...) emotional knowing affects collegial relationships, healthcare environments and patient care and therefore, emotional intelligence is a requirement of nursing practice” (p.1630). Mcqueen (2004) é de opinião que esta é uma área de investigação no futuro que pode repercutir-se em benefícios a nível pessoal, profissional e económico. A autora chama à atenção que “(...) if improving nurses’ emotional intelligence can help them deal more ably with their emotional work and reduce the incidence of psychological stress, this will be of benefit to nurses, patients and employers” (p.107).

Hawkins e Shohet (2000) referem que a supervisão clínica pode ajudar a diminuir os efeitos do stresse e do potencial *burnout*. Scaife e Walsh (2001) são de opinião que se deve incluir o stresse e o *burnout* como tópicos da supervisão clínica e que esta pode ser uma oportunidade para lidar com os efeitos do clima organizacional, as relações profissionais, o trabalho com os clientes e eventos extra trabalho.

Abreu (2007) afirma que as organizações de saúde têm uma realidade que é preciso enfrentar visto que “(...) têm surgido consecutivamente mais estudos que apontam para o incremento de situações de stresse, *burnout* e problemas adaptativos, que exigem novas estratégias de adaptação e de *coping*” (p.251).

De acordo com Howard (2008), assume-se que profissionais competentes no bem estar humano, “(...) will automatically know how to apply useful principles of stress management to our supervisees or ourselves but this may not be the case” (p. 107). A autora refere ainda que há já alguma evidência que sugere que a supervisão só por si diminui o stresse laboral e o *burnout*, contudo é de opinião que “(...) clearly we need more information as to specifically how supervision can play an effective role in addressing this issue if it is to

become useful to specific professions” (p.107). Refere ainda que “(...) research is needed to demonstrate whether it has utility at the level of enhancing wellbeing across time or reducing stress, as measured in terms of general health and job satisfaction indicators” (p.112).

Pelo exposto, justificou-se a monitorização destas variáveis no nosso estudo.

6.3.1 – População e Amostra

A população é constituída por todos os elementos com características comuns, que, nesta fase, se reportou a todos os enfermeiros supervisionados, num total de 62 indivíduos. Não procedemos a uma amostragem, pois a população era conhecida, finita, pouco extensa e podia ser estudada na íntegra. A taxa de resposta ao questionário, apesar de extenso, foi de 98% (n=61), pelo que podemos afirmar que a adesão ao mesmo foi excelente o que nos permite a extrapolação dos dados para o contexto em causa, no que se refere à SCE disponibilizada.

6.3.2 – Instrumento de Colheita de Dados

Para darmos respostas às questões iniciais da investigação, era fundamental que se construísse um instrumento de colheita de dados adequado. Optámos pelo questionário, pois foi nossa preocupação não conduzir as respostas, pelo que as vantagens do questionário emergiram naturalmente.

O questionário aplicado nesta fase foi dividido em quatro partes fundamentais: a primeira onde foram discriminadas as características sociodemográficas dos enfermeiros supervisionados; a segunda, onde se avaliou a SCE disponibilizada aos enfermeiros através da versão portuguesa da MCSS[®]; a terceira onde se monitorizou as respostas ao stresse e os recursos de *coping* dos enfermeiros supervisionados através do IRRP[®] e a última parte onde se avaliou as suas capacidades da inteligência emocional através da EVBCIE[®] (ver anexo 38).

No que se refere à versão portuguesa da MCSS[®], não vamos abordar as suas características neste momento, pois dedicámos um capítulo deste relatório à mesma.

Relativamente ao IRRP[®], utilizámos a versão traduzida para a língua portuguesa (McIntyre *et al.*, 1999). No seu preenchimento, é solicitado aos participantes que assinalem ‘verdadeiro’ ou ‘falso’ em cada uma das 99 afirmações que o compõem. De seguida, as respostas são comparadas com uma matriz de classificação que permite atribuir o valor um ou o valor zero a cada afirmação de acordo com o estipulado pela autora. O IRRP[®] é constituído por três escalas:

- “As escalas de recursos de *coping* englobam: ‘apoio social’ (8 itens), ‘espírito filosófico’ (8 itens) e ‘resiliência psicológica - *coping* ’ (8itens).
- As escalas das respostas ao stresse englobam: ‘negação’ (8itens), ‘distress e saúde’ (8 itens), ‘pressão excessiva’ (8 itens), ‘raiva/frustração’ (9 itens), ‘ansiedade’ (8 itens), ‘depressão’ (10 itens), ‘hostilidade’ (10 itens), ‘resposta fisiológica’ (10 itens), ‘emocionalidade disfórica (alterações de humor)’ (14 itens), ineficácia (10 itens), ‘perda de controlo’ (15 itens) e ‘culpabilidade’ (8 itens).
- As escalas dos índices críticos que englobam: ‘álcool/droga’ (2 itens), ‘suicídio’ (5 itens), ‘agudo e crónico’ (2 itens) e ‘infrequência’ (15 itens) ” (McIntyre *et al.*, 1999, p.517).

Recordamos que, para efeitos deste estudo, só foram consideradas as escalas das respostas ao stresse e as dos recursos de *coping* , pelo que não analisaremos os dados que se referem às escalas dos índices críticos.

No que se refere à EVBCIE[®], utilizámos a versão adaptada para enfermeiros de Vilela (2006). Esta é constituída por 85 afirmações/expressões. Em cada conjunto de expressões foi incluído um item de resposta aberta denominado por *outra* , permitindo ao inquirido escrever outra afirmação/expressão que não estivesse contemplada na escala. Os itens dividem-se em cinco subescalas, nomeadamente:

- ‘Capacidade de Autoconsciência’ (20 itens);
- ‘Capacidade da Gestão de Emoções’ (18 itens);
- ‘Capacidade de Auto motivação’ (21 itens);
- ‘Capacidade da Empatia’ (12 itens);

- ‘Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos’ (14 itens).

“Cada uma das expressões é respondida através de uma escala de Likert, que corresponde à frequência temporal em que cada situação ocorre, variando num *continuum* entre Nunca e Sempre. (...) Para toda a escala, quanto maior é o valor atribuído (na escala de Likert), maior é a concordância com a afirmação e a capacidade de inteligência emocional analisada” (Vilela, 2006, p.66).

A primeira capacidade da inteligência emocional é a autoconsciência, isto é, a capacidade que o indivíduo tem de ter uma elevada percepção das emoções que sente.

“O enfermeiro competente emocionalmente tem, frequentemente, a noção exata do tipo de sentimentos que o invadem, conseguindo também defini-los, (...). Independentemente dos sentimentos que o invadem, está seguro dos seus próprios limites, expressando harmonia e isenção ao nível da vertente comportamental. A autoconsciência revela uma pessoa racional, relativamente aos seus sentimentos, observadora, estando consciente do que se passa à sua volta, flexível, adaptando-se facilmente a novas ideias, positiva, ao encarar a vida de uma forma positiva e autónoma, independentemente dos medos e outras opiniões” (Agostinho, 2008, p.78).

A capacidade de gerir emoções está relacionada com as estratégias que o indivíduo deve ter para conseguir gerir as emoções que pode enfrentar.

“Trava assim conscientemente o ciclo de pensamentos hostis, procurando distrações e relaxando, com a finalidade de se auto distanciar do estado de corpo negativo de forma a raciocinar, conseguindo o autocontrolo e melhorando assim o clima inter – relacional” (Idem).

Goleman (2000) afirma que esta capacidade é uma forma de “(...) lidar com as sensações de modo apropriado (...)” (p.63).

A auto motivação refere-se à capacidade do indivíduo controlar eficazmente as emoções,

“(...) aproveitando a energia em proveito próprio ou para finalidade orientada. O enfermeiro emocionalmente competente raramente age sobre o impulso, percecionandose antes como uma pessoa capaz de controlar os seus impulsos, agindo só depois de pensar, utilizando assim maior quantidade de informação e maior número de regras para tomar decisões complexas” (Idem, p.79).

Relativamente a esta capacidade, Goleman (2000) refere que “(...) as pessoas que possuem esta aptidão tendem a ser mais altamente produtivas e eficazes em tudo o que fazem” (p.63).

A capacidade de empatia “(...) é muitas vezes catalogada por reconhecer as emoções dos outros” (Vilela, 2006, p.21), isto é, refere-se à capacidade que o enfermeiro deve ter para se colocar no papel do outro sem deixar de ser quem é. “O enfermeiro com esta competência tem a percepção de que é capaz de registar/perceber os sentimentos dos outros e sintonizar-se com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras” (Idem, p.80). Vilela (2006) afirma que relativamente ao trabalho de equipa “(...) esta capacidade assume todo o seu significado, na promoção e desenvolvimento de um clima organizacional favorável às boas práticas” (p. 21).

Finalmente, a capacidade de gerir relacionamentos em grupo refere-se à competência que o enfermeiro deve ter para manter relações pessoais e sociais estáveis ao longo do tempo.

“Esta aptidão (...) identifica-o como alguém que tem a percepção de conseguir dar expressão verbal aos sentimentos coletivos e, partindo da habilidade em controlar a expressão das suas emoções, consegue ajustar-se (ser flexível) com os sentimentos que deteta (lê) no grupo, sem ser pela necessidade de gostarem dele” (Idem, p.81).

6.3.3 – Recolha de Dados

A colheita de dados foi realizada após o fim da implementação do MSCEC, o que aconteceu no fim do mês de junho e durante o mês de julho de 2010. O contato direto e pessoal com os enfermeiros supervisionados foi uma estratégia que adotámos para obter uma taxa de resposta elevada. Os questionários foram entregues a todos os enfermeiros supervisionados e recolhidos dos respetivos serviços, não tendo surgido qualquer intercorrência.

6.3.4 – Tratamento dos Dados

Procedemos ao tratamento dos dados e, para tal, utilizámos as técnicas que mais se adequavam a cada caso.

Na análise descritiva da amostra, foram aplicadas estatísticas de sumário apropriadas. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas. As variáveis contínuas foram descritas, utilizando a média e o desvio padrão ou mediana, percentil 25 e percentil 75, de acordo com a sua distribuição, simétrica ou assimétrica, respetivamente.

Foi usado o teste de independência do Qui-Quadrado para analisar a associação entre variáveis categóricas. Quando a frequência esperada de alguma célula da tabela de contingência relativa à análise de associação de duas variáveis categóricas foi inferior a 5, utilizámos o teste exato de Fischer.

Foi usado o teste de Mann-Whitney para testar hipóteses relativas a variáveis contínuas, com distribuição assimétrica.

O nível de significância utilizado para os testes de hipóteses foi de 0,05. Nesta fase, também se efetuou a análise fatorial exploratória da versão portuguesa da MCSS[®]. Utilizámos o método das componentes principais com rotação ortogonal de tipo Varimax. Foi nosso propósito perceber se a solução fatorial era ou não idêntica à da fase preliminar deste estudo.

A análise estatística foi efetuada, utilizando o programa SPSS[®] versão 18.0.

6.3.5 – Apresentação e Análise dos Dados

Efetuamos uma apresentação e análise dos dados pormenorizada, tendo por base os objetivos desta fase e os resultados obtidos através da aplicação do questionário.

Numa fase inicial, procedemos à caracterização da população, que foi constituída pelos enfermeiros supervisionados.

6.3.5.1 – Caraterização da Amostra

A amostra foi constituída por 61 enfermeiros supervisionados. Apresentamos nas tabelas que se seguem os dados relativos à caraterização sócio demográfica dos inquiridos. Na tabela 5, apresentamos a mediana e os percentis 25 e 75 relativos à idade e ao tempo de serviço dos enfermeiros supervisionados.

Tabela 5 – Mediana, Percentil 25 e 75 relativos à idade e ao tempo de serviço dos enfermeiros supervisionados

	Total (n=61)		Unidade de Santo Tirso (n=36)		Unidade de Famalicão (n=25)		p
	Mediana	(P25 - P75)	Mediana	(P25 - P75)	Mediana	(P25 - P75)	
Idade (anos)	32	(27-42)	28	(26-38)	41	(36-53)	<0,001 [§]
Tempo de serviço	10	(3-19)	4	(2-14)	18	(13-29)	<0,001 [§]

[§]Teste de Mann Whitney; P - percentil

Da análise da tabela 5, podemos observar que, no que se refere à idade, metade dos enfermeiros supervisionados tinham idade até aos 32 anos e tinham até 10 anos como tempo de serviço. Podemos também referir que existe diferença estatisticamente significativa entre a idade e o tempo de serviço dos enfermeiros supervisionados quando comparadas as duas unidades hospitalares. Os enfermeiros supervisionados que exercem funções na UST eram mais jovens e com menos tempo de serviço que os da UVNF.

Na tabela 6, apresentamos a frequência absoluta e relativa de várias caraterísticas sociodemográficas dos enfermeiros supervisionados.

Tabela 6 – Caraterísticas sociodemográficas dos enfermeiros supervisionados

	Total (n=61)		Unidade de Santo Tirso (n=36)		Unidade de Famalicão (n=25)		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Sexo							
Feminino	55	(90)	31	(86)	24	(96)	0,368**
Masculino	6	(10)	5	(14)	1	(4)	
Idade (anos)							
<30 anos	21	(36)	18	(51)	3	(13)	0,003***
>=30 anos – 40 anos	19	(32)	11	(31)	8	(33)	
41 anos – 50 anos	12	(20)	5	(14)	7	(29)	
51 anos – 60 anos	7	(12)	1	(3)	6	(25)	
Categoria profissional							
Enfermeiro Generalista	48	(79)	35	(97)	13	(52)	<0,001*
Enfermeiro Especialista	13	(21)	1	(3)	12	(48)	
Tempo de Serviço (anos)							
<=5anos	21	(36)	19	(54)	2	(8)	0,001***
6 a 10 anos	9	(15)	6	(17)	3	(13)	

11 a 15 anos	7	(12)	3	(9)	4	(17)	
>15anos	22	(37)	7	(20)	15	(63)	
Grau Académico							
Bacharel ou equiparado	2	(3)	1	(3)	1	(4)	1,000***
Licenciado ou equiparado	58	(95)	34	(94)	24	(96)	
Mestre	1	(0,4)	1	(3)	0	(0)	
Doutor	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Situação jurídica de emprego (vínculo institucional)							
Vínculo definitivo à função pública	34	(56)	15	(42)	19	(76)	0,035***
Contrato individual de trabalho a termo certo	12	(20)	10	(28)	2	(8)	
Contrato individual de trabalho sem termo (efetivo)	13	(21)	9	(25)	4	(16)	
Outro	2	(3)	2	(6)	0	(0)	
Tempo de permanência no mesmo serviço							
<2anos	6	(10)	4	(11)	2	(9)	0,467***
>2anos e <5anos	23	(39)	16	(44)	7	(30)	
>=5anos	30	(51)	16	(44)	14	(61)	
Horário de trabalho							
35h Semanais	41	(68)	20	(57)	21	(84)	0,063***
40h Semanais	18	(30)	14	(40)	4	(16)	
Outro	1	(2)	1	(3)	0	(0)	
Tipo de horário							
Fixo	4	(7)	2	(6)	2	(8)	0,586***
Roulement	56	(92)	34	(86)	22	(88)	
Outro	1	(2)	0	(0)	1	(4)	
Acumulação de funções na Instituição ou noutra Instituição							
Não	42	(69)	25	(69)	17	(68)	0,905*
Sim	19	(31)	11	(31)	8	(32)	
Possuir curso de formação pós – graduada							
Não	41	(67)	29	(81)	12	(48)	0,008*
Sim	20	(33)	7	(19)	13	(52)	
Frequência de curso de formação pós – graduada (atualmente)							
Não	53	(90)	31	(88)	22	(92)	1,000**
Sim	6	(10)	4	(11)	2	(8)	
Previsão de frequência de curso de formação pós – graduada							
Não	30	(51)	14	(41)	16	(64)	0,083*
Sim	29	(49)	20	(59)	9	(36)	
Regularidade de contacto com o enfermeiro supervisor clínico durante o horário de trabalho							
Nenhuma	4	(7)	3	(9)	1	(4)	0,275***
Diariamente	20	(34)	8	(24)	12	(48)	
Semanalmente	29	(40)	19	(56)	10	(40)	
Quinzenalmente/Mensalmente	6	(10)	4	(12)	2	(8)	
Regularidade das sessões de SCE							
Diariamente	2	(0)	0	(0)	2	(8)	0,131***
Semanalmente	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Mensalmente	22	(38)	10	(30)	10	(40)	
>=2Meses	36	(62)	23	(70)	13	(52)	
Tempo de duração das sessões de SCE							
30min a 45min	14	(23)	11	(31)	3	(12)	0,110***
>45min a 2horas	29	(48)	17	(49)	12	(48)	
>2horas	17	(28)	7	(20)	10	(28)	

*Teste de Independência do Qui-Quadrado; **Teste Exato de Fischer; ***Teste Exato do Qui - Quadrado

Da análise da tabela 6, podemos referir que este é um grupo predominantemente feminino (90%) em ambas as unidades, o que está em concordância com os dados apresentados pela OE (2012) relativamente ao ano de 2010, em que existiam 50 841 enfermeiras e 11 725 enfermeiros o que correspondeu a 81,3% e a 18,7% respetivamente dos 62 566 membros com inscrição ativa na altura (ver gráfico 2 pg. 43); com idade inferior a 40 anos (68%) e com categoria profissional de enfermeiro ou enfermeiro graduado (79%). É de salientar que a UVNF tem uma percentagem muito superior de enfermeiros especialistas, o que se deve naturalmente ao serviço selecionado para a implementação do MSCEC – serviço de obstetrícia/ginecologia/bloco de partos.

Da análise da tabela também podemos referir que o grupo é predominantemente licenciado ou equiparado (95%), a exercer funções na UST (59%), com vínculo definitivo à função pública ou com contrato individual sem termo (77%), com tempo de permanência no mesmo serviço igual ou superior a 5 anos (51%), com horário de trabalho de 35 horas semanais (68%), do tipo *roulement* (92%), sem acumulação de funções (69%), sem curso de formação pós graduada (67%).

No que se refere à regularidade de contacto com o enfermeiro supervisor clínico, 7% referiu não ter nenhuma e 40% dos enfermeiros supervisionados referiu que tem semanalmente. Relativamente às sessões de SCE, 62% referiu que tiveram uma regularidade superior ou igual a dois meses e 48% referiu que o seu tempo de duração foi entre 45 minutos e 2 horas.

Finalmente, podemos ainda referir que existem diferenças estatisticamente significativas entre algumas características sociodemográficas dos enfermeiros das UST quando comparados com os da UVNF, relativamente à idade, à categoria profissional, à situação jurídica de emprego e ao facto de terem algum curso de formação pós graduada.

6.3.5.2 – Efeitos do MSCEC

O nosso estudo focalizou-se na SCE, pelo que através da aplicação do questionário procuramos documentar os efeitos do MSCEC implementado na perspetiva dos enfermeiros supervisionados. Neste sentido, apresentaremos pormenorizadamente os dados da versão portuguesa da MCSS[®], pois avalia a supervisão clínica disponibilizada pelo modelo a que os enfermeiros estiveram submetidos. Relativamente ao IRRP[®] e à EVBCIE[®], apresentaremos os dados de como é que estes instrumentos se relacionaram com a versão portuguesa da MCSS[®], percebendo, desta forma, os efeitos que o MSCEC teve nas variáveis que monitorizámos.

VERSÃO PORTUGUESA DA MANCHESTER CLINICAL SUPERVISION SCALE

Na tabela 12, que consta do anexo 39, podemos observar a média, o desvio padrão, a correlação e o *alpha de Cronbach* para cada afirmação da versão portuguesa da MCSS[®]. Da sua análise, podemos referir que o *alpha de Cronbach* total da escala é de 0,938.

Na tabela 7, podemos observar a frequência absoluta e relativa das afirmações da versão portuguesa da MCSS[®].

Tabela 7 – Respostas dos enfermeiros supervisionados à versão portuguesa da MCSS[®]

	ENFERMEIROS SUPERVISADOS (n=61)		Unidade de Santo Tirso (n=36)		Unidade de Famalicão (n=25)		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
1.A pressão acumulada no trabalho interfere com as sessões de S.C..							
Discordo Totalmente/ Não Concordo	17	(28)	8	(22)	9	(36)	0,388*
Sem Opinião	11	(18)	6	(17)	5	(20)	
Concordo /Concordo Totalmente	33	(54)	22	(61)	11	(44)	
2.É difícil obter tempo para as sessões de S.C..							
Discordo Totalmente/ Não Concordo	26	(43)	12	(33)	14	(56)	0,174***
Sem Opinião	7	(12)	4	(11)	3	(12)	
Concordo/ Concordo Totalmente	28	(46)	20	(57)	8	(32)	
3.As sessões de S. C. são desnecessárias.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	48	(79)	32	(89)	16	(64)	0,048***
Sem Opinião	8	(13)	3	(8)	5	(20)	
Concordo /Concordo Totalmente	5	(8)	1	(3)	4	(16)	
4.O tempo utilizado nas sessões de S.C. afasta-me das minhas funções na prática clínica.							
Discordo Totalmente/ Não Concordo	55	(90)	34	(94)	21	(84)	0,412***
Sem Opinião	2	(3)	1	(3)	1	(4)	
Concordo /Concordo Totalmente	4	(7)	1	(3)	3	(12)	
5.A supervisão clínica liberta-me da pressão do trabalho.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	22	(36)	10	(28)	12	(48)	0,150*

Sem Opinião	19	(31)	11	(31)	8	(32)	
Concordo/ Concordo Totalmente	20	(33)	15	(42)	5	(20)	
6.A preparação das sessões de S.C., aumenta a pressão no trabalho.							
Discordo Totalmente/ Não Concordo	45	(73)	27	(75)	18	(72)	0,127***
Sem Opinião	12	(20)	5	(14)	7	(28)	
Concordo /Concordo Totalmente	4	(7)	4	(11)	0	(0)	
7.Considero que as sessões de S.C. consomem muito tempo.							
Discordo Totalmente/ Não Concordo	42	(68)	25	(69)	17	(68)	0,156***
Sem Opinião	12	(20)	9	(25)	3	(12)	
Concordo /Concordo Totalmente	7	(12)	2	(6)	5	(20)	
8.O Supervisor Clínico dá-me apoio e encoraja-me.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	9	(15)	4	(11)	5	(20)	0,428*
Sem Opinião	17	(28)	9	(25)	8	(32)	
Concordo /Concordo Totalmente	35	(57)	23	(64)	12	(48)	
9.A S.C. não resolve assuntos de carácter pessoal.							
Discordo Totalmente/ Não Concordo	20	(33)	19	(53)	1	(4)	<0,001*
Sem Opinião	13	(21)	7	(19)	6	(24)	
Concordo /Concordo Totalmente	28	(46)	10	(28)	18	(72)	
10.As sessões de S.C. são intrusivas.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	30	(49)	19	(53)	11	(44)	0,154*
Sem Opinião	12	(20)	9	(25)	3	(12)	
Concordo/ Concordo Totalmente	19	(31)	8	(22)	11	(44)	
11.A S.C. proporciona-me tempo para refletir.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	3	(5)	0	(0)	3	(12)	0,067***
Sem Opinião	3	(5)	1	(3)	2	(8)	
Concordo/ Concordo Totalmente	55	(90)	35	(97)	20	(80)	
12.Problemas do trabalho poderão ser discutidos de forma construtiva durante as sessões de S.C..							
Discordo Totalmente/ Não Concordo	4	(7)	0	(0)	4	(16)	0,024**
Sem Opinião	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Concordo /Concordo Totalmente	57	(93)	36	(100)	21	(84)	
13.As sessões de S.C. facilitam a prática reflexiva.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	4	(7)	0	(0)	4	(16)	0,003***
Sem Opinião	2	(3)	0	(0)	2	(8)	
Concordo /Concordo Totalmente	55	(90)	36	(100)	19	(76)	
14.Se há algo que não compreendo, o Supervisor Clínico é sempre aquele a quem posso recorrer.							
Discordo Totalmente/ Não Concordo	8	(13)	1	(3)	7	(28)	0,001***
Sem Opinião	16	(26)	7	(19)	9	(36)	
Concordo /Concordo Totalmente	37	(61)	28	(8)	9	(36)	
15.O Supervisor Clínico dá uma opinião imparcial.							
Discordo Totalmente/ Não Concordo	6	(10)	1	(3)	5	(20)	0,016***
Sem Opinião	19	(31)	9	(25)	10	(40)	
Concordo/Concordo Totalmente	36	(59)	26	(72)	10	(40)	
16.O Supervisor Clínico é alguém com quem posso abordar aspetos mais sensíveis que se apresentam na prática clínica.							
Discordo Totalmente/ Não Concordo	2	(3)	0	(0)	2	(8)	0,007***
Sem Opinião	13	(21)	4	(11)	9	(36)	
Concordo /Concordo Totalmente	46	(75)	32	(89)	14	(56)	
17.Foi muito útil falar sobre assuntos de carácter pessoal com alguém diferente.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	10	(16)	2	(6)	8	(32)	0,017*
Sem Opinião	23	(38)	14	(39)	9	(36)	
Concordo /Concordo Totalmente	28	(46)	20	(56)	8	(32)	
18.As sessões de S.C. são uma parte							

importante na minha rotina de trabalho.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	14	(23)	5	(14)	9	(36)	0,040*
Sem Opinião	19	(31)	10	(28)	9	(36)	
Concordo /Concordo Totalmente	28	(46)	21	(58)	7	(28)	
19.O Supervisor Clínico nunca se encontra disponível, quando necessário.							
Discordo Totalmente/ Não Concordo	52	(85)	30	(83)	22	(88)	0,410***
Sem Opinião	6	(10)	5	(14)	1	(4)	
Concordo /Concordo Totalmente	3	(5)	1	(3)	2	(8)	
20.Aprendo com a experiência do Supervisor Clínico.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	6	(10)	1	(3)	5	(20)	0,011***
Sem Opinião	18	(29)	8	(22)	10	(40)	
Concordo/ Concordo Totalmente	37	(61)	27	(75)	10	(40)	
21.É importante arranjar tempo para as sessões de S.C..							
Discordo Totalmente /Não Concordo	8	(13)	3	(8)	5	(20)	0,159***
Sem Opinião	6	(10)	2	(6)	4	(16)	
Concordo/Concordo Totalmente	47	(77)	21	(86)	16	(64)	
22.O Supervisor Clínico dá-me bons conselhos.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0,001*
Sem Opinião	20	(33)	6	(17)	14	(56)	
Concordo/ Concordo Totalmente	41	(67)	30	(83)	11	(44)	
23.O Supervisor Clínico é sincero comigo.							
Discordo Totalmente Não Concordo	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0,085*
Sem Opinião	15	(25)	6	(17)	9	(36)	
Concordo/ Concordo Totalmente	46	(75)	30	(83)	16	(64)	
24.As sessões com o Supervisor Clínico aprofundam o meu conhecimento sobre a prática clínica.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	4	(7)	0	(0)	4	(16)	0,001***
Sem Opinião	11	(18)	3	(8)	8	(32)	
Concordo /Concordo Totalmente	46	(75)	33	(92)	13	(52)	
25.A S.C. não é necessária para indivíduos com experiência e "anos de casa".							
Discordo Totalmente /Não Concordo	53	(87)	35	(97)	18	(72)	0,008***
Sem Opinião	2	(3)	0	(0)	2	(8)	
Concordo /Concordo Totalmente	6	(10)	1	(3)	5	(20)	
26.O Supervisor Clínico impede-me que questione temas delicados.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	56	(91)	34	(94)	22	(88)	0,586***
Sem Opinião	4	(7)	2	(6)	2	(8)	
Concordo /Concordo Totalmente	1	(2)	0	(0)	1	(4)	
27.O Supervisor Clínico age de modo prepotente durante as sessões.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	57	(93)	35	(97)	22	(88)	0,381***
Sem Opinião	3	(5)	1	(3)	2	(8)	
Concordo /Concordo Totalmente	1	(2)	0	(0)	1	(4)	
28.A S.C. é direcionada para Enfermeiros com pouca experiência ou recentemente admitidos no serviço.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	53	(86)	35	(97)	18	(72)	0,006***
Sem Opinião	4	(7)	1	(3)	3	(12)	
Concordo /Concordo Totalmente	4	(7)	0	(0)	4	(16)	
29.A S.C. auxilia a tornar-me num melhor profissional.							
Discordo Totalmente/Não Concordo	6	(10)	0	(0)	6	(24)	<0,001***
Sem Opinião	6	(10)	1	(3)	5	(20)	
Concordo /Concordo Totalmente	49	(80)	35	(97)	14	(56)	
30.Sem as sessões de S.C. piora a qualidade da prestação dos cuidados.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	25	(41)	8	(22)	17	(68)	0,002*
Sem Opinião	17	(28)	13	(36)	4	(16)	
Concordo /Concordo Totalmente	19	(31)	15	(42)	4	(16)	

31.As sessões de S.C. transmitem motivação.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	6	(10)	1	(3)	5	(20)	0,026***
Sem Opinião	13	(21)	6	(17)	7	(28)	
Concordo /Concordo Totalmente	42	(69)	29	(81)	13	(52)	
32.Sinto-me menos stressado após falar com o Supervisor Clínico.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	9	(14)	3	(8)	6	(24)	0,178*
Sem Opinião	32	(53)	19	(53)	13	(52)	
Concordo /Concordo Totalmente	20	(33)	14	(39)	6	(24)	
33.As sessões de S.C. melhoram a qualidade da prestação dos cuidados.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	7	(12)	0	(0)	7	(28)	0,001***
Sem Opinião	8	(13)	4	(11)	4	(16)	
Concordo /Concordo Totalmente	46	(75)	32	(89)	14	(56)	
34.A S.C. permite-me desenvolver competências e a qualidade dos cuidados.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	6	(10)	0	(0)	6	(24)	0,001***
Sem Opinião	6	(10)	2	(6)	4	(16)	
Concordo /Concordo Totalmente	49	(80)	34	(94)	15	(60)	
35.O Supervisor Clínico disponibiliza orientação na prestação dos cuidados aos clientes.							
Discordo Totalmente /Não Concordo	4	(7)	2	(6)	2	(8)	0,189***
Sem Opinião	15	(25)	6	(17)	9	(36)	
Concordo /Concordo Totalmente	42	(68)	28	(78)	14	(56)	
36.Ao receber sessões de S.C., melhora a qualidade dos cuidados que presto aos clientes.							
Discordo Totalmente/ Não Concordo	9	(14)	0	(0)	9	(36)	<0,001***
Sem Opinião	12	(20)	8	(22)	4	(16)	
Concordo /Concordo Totalmente	40	(66)	28	(78)	12	(48)	

*Teste de Independência do Qui – Quadrado; ** Teste Exato de Fischer; ***Teste Exato do Qui - quadrado

A análise da tabela 7, permite-nos afirmar que a opinião da maioria dos enfermeiros (>=75%) foi que:

- As sessões de supervisão clínica: são necessárias (79%), o tempo utilizado não afasta o enfermeiro supervisionado das funções da prática clínica (90%), os problemas do trabalho poderão ser discutidos de forma construtiva durante as mesmas (93%), facilitam a prática reflexiva (90%), é importante arranjar tempo para as sessões (77%), a presença do supervisor nas sessões aprofunda o conhecimento do enfermeiro supervisionado sobre a prática clínica (75%) e melhoram a qualidade da prestação dos cuidados (75%).
- A supervisão clínica: proporciona tempo ao enfermeiro supervisionado para refletir (91%), é necessária para indivíduos com experiência e ‘anos de casa’ (87%), não é direcionada para enfermeiros com pouca experiência ou recentemente admitidos no serviço (86%), auxilia o enfermeiro supervisionado a

tornar-se num melhor profissional (80%) e permite-lhe desenvolver competências e a qualidade dos cuidados (80%).

- O supervisor clínico: é alguém com quem se podem abordar aspetos mais sensíveis que se apresentam na prática clínica (75%), está disponível quando necessário (85%), é sincero com o enfermeiro supervisionado (75%), não impede o enfermeiro supervisionado que o questione sobre temas delicados (91%) e não age de modo prepotente (93%).

Da análise da mesma tabela, também podemos referir que existe um conjunto de enfermeiros supervisionados ($\geq 20\%$) que não tem opinião sobre as seguintes afirmações da escala:

- As sessões de supervisão clínica: libertam o enfermeiro supervisionado da pressão do trabalho (31%); a sua preparação aumenta a pressão no trabalho (20%); consomem muito tempo (20%); são intrusivas (20%); são uma parte importante na rotina de trabalho do enfermeiro supervisionado (31%); sem as sessões de supervisão clínica piora a qualidade da prestação de cuidados (28%); transmitem motivação (21%) e ao receber sessões de supervisão clínica o enfermeiro supervisionado melhora a qualidade dos cuidados que presta aos clientes (20%).
- O supervisor clínico: dá apoio e encoraja o enfermeiro supervisionado (28%); se há algo que o enfermeiro supervisionado não compreende, pode sempre recorrer ao supervisor clínico (26%); dá uma opinião imparcial (31%); é alguém com quem o enfermeiro supervisionado pode abordar aspetos mais sensíveis que se apresentam na prática clínica (21%); foi muito útil falar sobre assuntos de carácter pessoal com alguém diferente (38%); aprender com a experiência do supervisor clínico (29%); dá bons conselhos (33%); é sincero com o enfermeiro supervisionado (25%); o enfermeiro supervisionado sente-se menos stressado após falar com o supervisor clínico (53%) e este disponibiliza orientação na prestação dos cuidados aos clientes (25%).

Podemos ainda referir que existem diferenças estatisticamente significativas entre a opinião dos enfermeiros supervisionados da UST e os da UVNF nas seguintes afirmações:

- **3** - As sessões de S.C. são desnecessárias ($p=0,048$);
- **9** - A S.C. não resolve assuntos de carácter pessoal ($p<0,001$);
- **12** - Problemas do trabalho poderão ser discutidos de forma construtiva durante as sessões de S.C. ($p=0,024$);
- **13** - As sessões de S.C. facilitam a prática reflexiva ($p=0,003$);
- **14** - Se há algo que não compreendo, o supervisor clínico é sempre aquele a quem posso recorrer ($p=0,001$);
- **15** - O supervisor clínico dá uma opinião imparcial ($p=0,016$);
- **16** - O supervisor clínico é alguém com quem posso abordar aspetos mais sensíveis que se apresentam na prática clínica ($p=0,007$);
- **17** - Foi muito útil falar sobre assuntos de carácter pessoal com alguém diferente ($p=0,017$);
- **18** - As sessões de S.C. são uma parte importante na minha rotina de trabalho ($p=0,040$);
- **20** - Aprendo com a experiência do supervisor clínico ($p=0,011$);
- **22** - O supervisor clínico dá-me bons conselhos ($p=0,001$);
- **24** - As sessões com o supervisor clínico aprofundam o meu conhecimento sobre a prática clínica ($p=0,001$);
- **25** - A S.C. não é necessária para indivíduos com experiência e “anos de casa” ($p=0,008$);
- **28** - A S.C. é direccionada para enfermeiros com pouca experiência ou recentemente admitidos no serviço ($p=0,006$);
- **29** - A S.C. auxilia a tornar-me num melhor profissional ($p<0,001$);
- **30** - Sem as sessões de S.C., piora a qualidade da prestação dos cuidados ($p=0,002$);
- **31** - As sessões de S.C. transmitem motivação ($p=0,026$);
- **33** - As sessões de S.C. melhoram a qualidade da prestação dos cuidados ($p=0,001$);

- **34** - A S.C. permite-me desenvolver competências e a qualidade dos cuidados ($p=0,001$);
- **36** - Ao receber sessões de S.C., melhoro a qualidade dos cuidados que presto aos clientes ($p<0,001$).

Tal como já referimos anteriormente, quando apresentamos o estudo metodológico relativo à MCSS[®], mais do que analisar cada item *per si*, importa visualizar os dados das diferentes subescalas que compõem a versão portuguesa da MCSS[®]. Recorde-se que, segundo Winstanley (2000), cada subescala está relacionada com as diferentes funções apresentadas pelo modelo de Proctor (1986), nomeadamente:

- **F1** – Subescala ‘*confiança*’ relacionada com a função normativa e restauradora;
- **F2** – Subescala ‘*aconselhamento/apoio do supervisor clínico*’ relacionada com a função restauradora;
- **F3** – Subescala ‘*desenvolvimento de cuidados/competências*’ relacionada com a função formativa;
- **F4** – Subescala ‘*importância/valor da supervisão clínica*’ relacionada com a função normativa;
- **F5** – Subescala ‘*tempo*’ relacionada com as funções normativa e restauradora;
- **F6** – Subescala ‘*assuntos pessoais*’ relacionada com a função restauradora;
- **F7** – Subescala ‘*reflexão*’ relacionada com a função formativa.

Na tabela 13 (ver anexo 40), podemos observar o número de itens, a média, o desvio padrão, a correlação e o *alpha de Cronbach* para cada subescala. Não identificamos o número da afirmação que consta de cada uma das subescalas, por esta informação estar protegida por direitos de autor. Da sua análise, podemos referir que o valor mais baixo do *alpha de Cronbach* foi de 0,522 na subescala ‘*assuntos pessoais*’ e o valor mais alto foi de 0,899 na subescala ‘*desenvolvimento de cuidados/competências*’.

Na tabela 14 (ver anexo 41), podemos observar a correlação que existe entre as diferentes subescalas da MCSS[®]. Da sua análise, podemos verificar que a subescala ‘*tempo*’ não se correlaciona significativamente com as outras subescalas, nem com a escala global.

Para os valores da correlação, adotamos por referência os intervalos propostos por Swiscow (1997), nomeadamente: 0,00 - 0,19 correlação muito fraca; 0,20 - 0,39 correlação fraca; 0,40-0,59 correlação moderada; 0,60 - 0,79 correlação forte e 0,80 - 1 correlação muito forte. Neste sentido, da análise da tabela 14, podemos referir que existiu:

- Correlação forte:
 - entre a subescala '*confiança*' e a subescala '*aconselhamento/apoio do supervisor clínico*' (0,697), portanto, mais '*confiança*' mais '*aconselhamento/apoio do supervisor clínico*';
 - entre a subescala '*aconselhamento/apoio do supervisor clínico*' e a subescala '*desenvolvimento de cuidados/competências*' (0,706), portanto, mais '*aconselhamento/apoio do supervisor clínico*' mais '*desenvolvimento de cuidados/competências*'.
- Correlação moderada:
 - entre a subescala '*confiança*' e a subescala '*desenvolvimento de cuidados/competências*' (0,447), portanto, mais '*confiança*' mais '*desenvolvimento de cuidados/competências*';
 - entre a subescala '*confiança*' e a subescala '*importância/valor da supervisão clínica*' (0,459), portanto, mais '*confiança*' mais '*importância/valor da supervisão clínica*';
 - entre a subescala '*confiança*' e a subescala '*assuntos pessoais*' (0,506), portanto, mais '*confiança*' mais '*assuntos pessoais*';
 - entre a subescala '*confiança*' e a subescala '*reflexão*' (0,450), portanto, mais '*confiança*' mais '*reflexão*';
 - entre a subescala '*aconselhamento/apoio do supervisor clínico*' e a subescala '*importância/valor da supervisão clínica*' (0,446), portanto, mais '*aconselhamento/apoio do supervisor clínico*' mais '*importância/valor da supervisão clínica*';
 - entre a subescala '*aconselhamento/apoio do supervisor clínico*' e a subescala '*assuntos pessoais*' (0,442), portanto, mais '*aconselhamento/apoio do supervisor clínico*' mais '*assuntos pessoais*';

- entre a subescala *'aconselhamento/apoio do supervisor clínico'* e a subescala *'reflexão'* (0,472), portanto, mais *'aconselhamento/apoio do supervisor clínico'* mais *'reflexão'*;
 - entre a subescala *'desenvolvimento de cuidados/competências'* e a subescala *'importância/valor da supervisão clínica'* (0,536), portanto, mais *'desenvolvimento de cuidados/competências'* mais *'importância/valor da supervisão clínica'*;
 - entre a subescala *'desenvolvimento de cuidados/competências'* e a subescala *'assuntos pessoais'* (0,488), portanto, mais *'desenvolvimento de cuidados/competências'* mais *'assuntos pessoais'*;
 - entre a subescala *'desenvolvimento de cuidados/competências'* e a subescala *'reflexão'* (0,444), portanto, mais *'desenvolvimento de cuidados/competências'* mais *'reflexão'*;
 - entre a subescala *'importância/valor da supervisão clínica'* e a subescala *'assuntos pessoais'* (0,432), portanto, mais *'importância/valor da supervisão clínica'* mais *'assuntos pessoais'*;
 - entre a subescala *'importância/valor da supervisão clínica'* e a subescala *'reflexão'* (0,446), portanto, mais *'importância/valor da supervisão clínica'* mais *'reflexão'*.
- Correlação fraca (0,446) entre a subescala *'assuntos pessoais'* e a subescala *'reflexão'*, portanto, mais *'assuntos pessoais'* mais *'reflexão'*.

Na tabela 15 (ver anexo 42), podemos observar a comparação da mediana, percentil 25 e 75 das diferentes subescalas da versão portuguesa da MCSS[®] de acordo com as unidades hospitalares. Da sua análise, podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a opinião dos enfermeiros da UST quando comparados com os da UVNF, para todas as subescalas e escala global com exceção da subescala F5 – *'Tempo'*. O valor total da mediana na UST (139) foi superior ao da UVNF (126), o que demonstrou maior efetividade do processo supervisivo na UST. De acordo com White e Winstanley (2010): “Efficacious clinical supervision - indicated by a median supervisee total MCSS score of >136” (p.164). Da análise da tabela, podemos verificar também que existe diferença

estatisticamente significativa entre os enfermeiros da UST e os de UVNF no que se refere ao valor da mediana ≤ 136 .

Por curiosidade, dado o número de casos que temos, procedemos à análise fatorial com o intuito de verificarmos se o agrupamento dos vários itens em relação aos fatores que constituem o constructo se mantinha da mesma forma que na fase preliminar deste estudo. Utilizámos, de igual forma, o método de análise de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo Varimax e foi ainda aplicado o método de Kaiser (valores próprios $\geq 1,00$ e saturação do item no fator $\geq 0,40$). Quando um item tivesse valores em dois ou mais fatores diferentes e se a diferença entre os valores fosse superior a 0,15, seleccionámos o fator com o valor mais elevado. Se assim não fosse, o item seria eliminado (ver tabela 16 – anexo 43). Da sua análise, verificou-se que a versão portuguesa da MCSS[®] ficou agrupada em oito fatores e que os itens 3, 10, 25, 26 e 27 devem ser eliminados. Podemos ainda referir que o item 18 ficou agrupado simultaneamente em dois fatores. No entanto, como a diferença entre os fatores foi inferior a 0,15, este item também deve ser eliminado.

RELAÇÃO ENTRE A VERSÃO PORTUGUESA DA MCSS, IRRP E EVBCIE

Para dar a conhecer os efeitos que o MSCEC teve nas respostas ao stresse dos enfermeiros supervisionados, os recursos de *coping* que eles utilizam e as capacidades da inteligência emocional que possuem, apresentamos a relação que existiu entre a versão portuguesa da MCSS[®], o IRRP[®] e a EVBCIE[®]. “Quanto mais o valor do coeficiente é elevado, isto é quanto mais se aproxima de +1 [ou] -1, mais forte é a relação entre as variáveis” (Fortin, 2009, p.432).

Como referimos no início deste relatório, avaliámos estas variáveis (respostas ao stresse, recursos de *coping* e as capacidades da inteligência emocional) através dos instrumentos referenciados a todos os enfermeiros do CHMA e, na fase final, voltámos a avaliá-las, mas só aos enfermeiros supervisionados submetidos ao MSCEC. No final, procedemos ao emparelhamento dos questionários. Relativamente ao IRRP[®] e à EVBCIE[®], o número total de questionários que emparelharam foi de 38.

Na tabela 17 (ver anexo 44), identificámos os itens do IRRP[®] que foram invertidos por escala e os que foram eliminados de modo a obtermos um coeficiente de *alfa de Cronbach* total de 0,60. Pais-Ribeiro (2005) e Bowling (1994) referem que são aceitáveis valores de 0,60 em subescalas com um número reduzido de itens, tal como acontece no nosso caso. O valor encontrado é inferior ao dos estudos de Martins (2001) – valor total de *alfa de Cronbach* de 0,70 e Borges (2012) – valor total de *alfa de Cronbach* de 0,74.

Na tabela 18 (ver anexo 45), podemos observar a correlação entre a versão portuguesa da MCSS[®] e o IRRP[®]. Relativamente ao coeficiente de correlação, importa referir que “(...) quanto maior em valor absoluto for o coeficiente, maior é o grau de associação” (Oliveira, 2009, p.162). Da análise da tabela 18, verificamos:

- Correlação moderada:
 - entre a escala ‘*emocionalidade disfórica*’ do IRRP[®] e a subescala ‘*importância/valor da supervisão clínica*’ da versão portuguesa da MCSS[®] (0,412), portanto mais ‘*emocionalidade disfórica*’ mais ‘*importância/valor da supervisão clínica*’;
 - entre a escala ‘*agudo e crónico*’ do IRRP[®] e as subescalas ‘*confiança*’ (0,483), ‘*desenvolvimento de cuidados/competências*’ (0,464), ‘*importância/valor da supervisão clínica*’ (0,439), ‘*reflexão*’ (0,407) e escala global da versão portuguesa da MCSS[®] (0,475);
- Correlação fraca:
 - entre a escala ‘*coping*’ do IRRP[®] e a subescala ‘*reflexão*’ da versão portuguesa da MCSS[®] (-0,385), portanto, mais ‘*coping*’ menos ‘*reflexão*’;
 - entre a escala ‘*negação*’ do IRRP[®] e a subescala ‘*reflexão*’ da versão portuguesa da MCSS[®] (-0,371), portanto, mais ‘*negação*’ menos ‘*reflexão*’;
 - entre a escala ‘*raiva/frustração*’ do IRRP[®] e a subescala ‘*importância/valor da supervisão clínica*’ da versão portuguesa da MCSS[®] (0,355), portanto, mais ‘*raiva/frustração*’ mais ‘*importância/valor da supervisão clínica*’;

- entre a escala *'apoio social'* do IRRP[®] e a subescala *'importância/valor da supervisão clínica'* da versão portuguesa da MCSS[®] (-0,344), portanto, menos *'apoio social'* mais *'importância/valor da supervisão clínica'*;
- entre a escala *'emocionalidade disfórica'* do IRRP[®] e as subescalas *'desenvolvimento de cuidados/competências'* (0,339), portanto, mais *'emocionalidade disfórica'* mais *'desenvolvimento de cuidados/competências'*;
- entre a escala *'agudo e crónico'* do IRRP[®] e a subescala *'assuntos pessoais'* da versão portuguesa da MCSS[®] (0,351).

Na tabela 19 (ver anexo 46), podemos observar a correlação entre a versão portuguesa da MCSS[®] e a EVBCIE[®].

Na avaliação da consistência interna da EVBCIE[®], obtivemos um valor total de *alfa de Cronbach* de 0,914, sendo que este coeficiente variou no nosso estudo entre 0,598 na subescala *'capacidade de gestão de emoções'* e 0,852 na subescala *'capacidade da autoconsciência'*. No estudo de Veiga Branco (2005), o coeficiente de *alfa de Cronbach* variou entre 0,68 na subescala *'capacidade de gestão de emoções'* e 0,85 na subescala *'capacidade de auto motivação'*. No estudo realizado por Vilela (2006), este coeficiente variou entre 0,69 na subescala *'capacidade de gestão de emoções'* e 0,85 na subescala *'capacidade de gestão de relacionamentos em grupo'* e, finalmente, no estudo de Agostinho (2008), o coeficiente de *alfa de Cronbach* variou entre 0,71 na subescala *'capacidade da autoconsciência'* e 0,86 na subescala *'capacidade de gestão de relacionamentos em grupo'*.

Da análise da tabela 19, podemos referir que existiu apenas uma correlação fraca (-0,386) entre a subescala *'capacidade de auto motivação'* da EVBCIE[®] e a subescala *'assuntos pessoais'* da versão portuguesa da MCSS[®]. Tal como havíamos já referenciado “(...) o coeficiente de correlação varia entre -1 e 1. (...), associa à medida de associação a informação sobre a direção da associação, um valor negativo significa que os dois atributos variam em sentido inverso” (Oliveira, 2009, p.162). Neste caso em específico, quanto menor a capacidade de auto motivação dos enfermeiros supervisionados, maior a discussão de assuntos pessoais na SCE.

Na tabela 20 (ver anexo 47), podemos observar a mediana, percentil 25 e 75 das subescalas da versão portuguesa da MCSS[®], do IRRP[®] e da EVBCIE[®] de acordo com a natureza da unidade de prestação de cuidados. Da sua análise da tabela 20, podemos afirmar que:

- No que se refere à versão portuguesa da MCSS[®] existem diferenças estatisticamente significativas entre a opinião dos enfermeiros que prestam cuidados gerais quando comparados com os que prestam cuidados especializados, para todas as subescalas e escala global com exceções da subescala F2 – *'Aconselhamento/apoio do supervisor clínico'* (0,058) e da subescala F5 – *'Tempo'* (0,732). Podemos referir também que o valor total da mediana relativo aos enfermeiros cuja natureza da prestação de cuidados é geral (143) foi superior à dos enfermeiros cuja natureza da prestação de cuidados é especializada (129), o que demonstrou maior efetividade do processo supervisivo nos enfermeiros que prestam cuidados gerais.
- No que se refere ao IRRP[®] existem diferenças estatisticamente significativas entre a opinião dos enfermeiros que prestam cuidados gerais quando comparados com os que prestam cuidados especializados, para as subescalas *'negação'* (0,022), *'raiva/frustração'* (0,012), *'apoio social'* (0,021) e *'álcool/droga'* (0,048).
- No que se refere à EVBCIE[®] os dados não nos permitem afirmar que existam diferenças de opinião estatisticamente significativas.

6.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Implementado o MSCEC, era fundamental proceder à avaliação da SCE disponibilizada na perspetiva dos enfermeiros supervisionados. Desta forma, a introdução da versão portuguesa da MCSS[®] no questionário aplicado nesta fase foi imprescindível para alcançar este desiderato.

Obtivemos 61 questionários com o preenchimento da versão portuguesa da MCSS^o. Esta apresentou um *score* total do *alpha de Cronbach* de 0,938, que traduz um dos valores mais elevados encontrados em estudos que utilizaram a MCSS^o, nomeadamente o da escala original (0,860) (Winstanley, 2000), o da versão finlandesa (0,922) (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Paunonen-Ilmonen, 2003), o das versões norueguesa e sueca (0,88) (Severinsson, 2012) e o da versão portuguesa (0,923) (Cruz, 2011; Cruz & Carvalho, 2012).

A variação deste coeficiente, nesta fase do nosso estudo, situou-se entre 0,522 na subescala '*assuntos pessoais*' e 0,899 na subescala '*desenvolvimento de cuidados/competências*', o que está em consonância com alguns dos estudos supracitados, no que se refere a esta última subescala, nomeadamente, o estudo da escala original (0,907) (Winstanley, 2000), o da versão finlandesa (0,883) (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Paunonen-Ilmonen, 2003) e o das versões norueguesa e sueca (0,87) (Severinsson, 2012).

No que se refere ao estudo da tradução e validação da MCSS^o para a língua portuguesa, a subescala com o *alpha de Cronbach* mais elevado foi a de '*aconselhamento/apoio do supervisor clínico*' (0,893 na primeira recolha e 0,910 na segunda recolha de dados) (Cruz, 2011; Cruz & Carvalho, 2012). A diferença de valores encontrada pode residir no facto de que na ULSM (local onde o estudo da tradução e validação foi efetuado) havia já uma tradição na supervisão SCE e o apoio, acompanhamento e orientação dos enfermeiros supervisores clínicos foi muito próximo, contínuo e de longa data, o que pode ser também uma justificação para o agrupamento da escala em seis fatores, tal como havíamos referenciado oportunamente. Este resultado traduziu o agrupamento dos itens relativos ao fator '*confiança*' e ao fator '*aconselhamento/apoio do supervisor*'. Por sua vez, no CHMA foi iniciado um processo de implementação de um modelo de SCE desenvolvido, tendo em conta as características da realidade organizacional, pelo que, nesta última fase do estudo, a análise fatorial revelou um agrupamento em oito fatores, mantendo na mesma as áreas da escala original. No entanto, esta análise aponta para uma valorização centrada na reflexão/prática reflexiva e no desenvolvimento de conhecimentos/competências, o que pode ser consequência das estratégias e da dinâmica de supervisão inerente ao MSCEC instituído que valorizou estes aspetos.

Segundo a autora da MCSS[®] (Winstanley, 2000), cada subescala está relacionada com as funções do modelo de Proctor (1986), pelo que a subescala '*desenvolvimento de cuidados/competências*' se relaciona com a função formativa, que se caracteriza pela sua natureza educacional.

De acordo com a caracterização sociodemográfica dos enfermeiros supervisionados podemos referir que a maioria dos inquiridos tinha idade inferior a 40 anos, que o valor da mediana para a idade foi de 32 e que o valor da mediana para o tempo de serviço foi de 10. Segundo a classificação de Canavillas (2008), podemos afirmar que este grupo foi essencialmente constituído por adultos jovens (idade inferior a 40 anos), o que é muito evidente nos enfermeiros supervisionados da UST. A maioria dos enfermeiros supervisionados era enfermeiros generalistas e não possuía qualquer curso de formação pós graduada, o que também foi muito notório na unidade atrás referenciada. Estas características podem ter contribuído para a eficácia da SCE disponibilizada, particularmente aquela que se relacionou com a subescala '*desenvolvimento de cuidados/competências*'.

É consensual que os enfermeiros necessitam de apoio e orientação para o desenvolvimento das suas práticas, pois estas revestem-se de uma complexidade maior do que o que é preconizado pelas teorias de enfermagem (Benner, 2001). Lunney (2004) afirma que "(...) o crescimento de níveis de competência iniciais para níveis de especialista está fundamentado na experiência clínica" (p.349).

Smedley, Morey e Race (2010), a propósito do papel dos preceptores em enfermagem, referem que este "(...) can be equated to that of the more experienced or expert nurse who teaches and guides the less experienced novice nurse to learn the art and skill of nursing practice (Benner, 1984)" (p.452).

É no percurso do processo de aquisição e desenvolvimento da *expertise* profissional que a SCE tem um papel fundamental a desempenhar, identificando com rigor as necessidades dos enfermeiros supervisionados, negociando com eles as possíveis soluções, potencializando as suas capacidades e tornando o seu percurso até perito, mais rápido, mais eficaz e mais atrativo.

“[Os sujeitos] devem ser capazes de se adaptar aos diferentes contextos e às funções a desempenhar, sabendo resolver as situações de grande indefinição ou a adaptar-se aquelas que comportem grandes níveis de imprevisibilidade” (Dias, 2006, p.17), tal como acontece nos contextos clínicos da saúde. Dracup e Bryan-Brown (2004) referem que “(...) the clinical expert has a solid technical foundation and the critical thinking skills to adapt to the unique condition of each patient” (p.449).

A supervisão clínica constitui-se como um meio fundamental para obter a *expertise* na prática, a qualidade nos cuidados e a satisfação profissional (NHS, 2010). Já em 2004, a OE e a UCP, no estudo que levaram a efeito sobre “As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses”, afirmavam que “(...) os enfermeiros mais novos apresentam, em regra, uma maior disponibilidade para a renovação das suas práticas profissionais e uma maior abertura à mudança” (p.103). Autores como Teasdale, Brocklehurst & Thom (2001), no estudo que realizaram com o objetivo de avaliar os efeitos da supervisão clínica e do apoio informal em enfermeiros qualificados, concluíram que os resultados que obtiveram sugerem que “(...) clinical supervision can provide important support for more junior staff. Where resources for clinical supervision are limited, it may be better to concentrate on these nurses first” (p.223).

Com esta proposição de base e com os resultados do nosso estudo, poder-se-á sugerir o aproveitamento do potencial de mudança das equipas de enfermagem mais jovens e, através da SCE, obter não só elevados ganhos em saúde pela análise criteriosa e sistemática que enfermeiro supervisor – enfermeiro supervisionado fazem da conceção de cuidados dos clientes mas também conseguir elevados ganhos em supervisão através do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais que a relação supervisiva proporciona a ambos, apostando, desta forma, num exercício profissional de excelência, onde a segurança, a qualidade e a satisfação a diferentes níveis são uma realidade.

No que se refere à subescala ‘*assuntos pessoais*’, esta está relacionada com a função restauradora do modelo de Proctor (1986) e tal como Cruz e Carvalho (2012) referem, a propósito dos valores encontrados para esta subescala no estudo realizado (na primeira

recolha de dados a subescala *'assuntos pessoais'*, teve um valor de *alpha de Cronbach* de 0,413 e na segunda recolha teve 0,453):

"In their professional exercise nurses focus their attention in the improvement and in the development of their practice. We expect nurses to give an appropriate answer to the patients' needs and to the transitions they live and need to adapt. Therefore the nurses' clinical practice is extremely demanding and it constantly requires new knowledge and skills to have evidence based practice. As a consequence this does not allow them to have much time to discuss and reflect on personal issues with their clinical supervisors" (p.130).

Importa realçar que nenhuma das funções apresentadas pelo modelo de Proctor (1986) é melhor do que a outra e, que é através da função restauradora que o apoio é proporcionado ao supervisionado para que ele consiga lidar com o stresse inerente ao seu exercício profissional. Neste sentido, o NHS (2011d) alerta para o facto, que se os supervisionados se sentirem protegidos estarão mais capacitados para prestarem cuidados com maior qualidade.

O nosso estudo documenta a importância e a relevância que os enfermeiros supervisionados deram às sessões de supervisão clínica, à supervisão clínica e ao enfermeiro supervisor clínico. No entanto, evidencia também que houve um conjunto de enfermeiros supervisionados que não emitiram opinião sobre vários itens da escala, o que demonstrou parcimónia, rigor e cuidado por parte destes no preenchimento do questionário. A este propósito, Winstanley e White (2011) referem ser expectável que os respondentes assinalem a opção de resposta 'sem opinião' se não tiverem experienciado várias sessões eficazes de supervisão clínica com um bom supervisor.

Verificou-se ainda que a SCE disponibilizada foi mais eficaz não só na UST que na UVNF, mas também que teve maior eficácia para os enfermeiros que prestavam cuidados gerais em detrimento dos que prestavam cuidados especializados. White & Winstanley (2010) referem relativamente ao valor da mediana da MCSS[®], encontrado no estudo que realizaram no Estado de Queensland, que:

"Overall, Queensland nurses/midwives were found to have self-reportedly less efficacious clinical supervision, when compared with all nurses in some services in New South Wales

and elsewhere in the world, as measured by the MCSS[®]. Their median score was 80; 56 points below the usual median found in other surveys” (p. 155).

Na versão finlandesa, o valor da mediana foi de 142 (Hyrkäs; Appelqvist-Schmidlerchner & Paunonen-Ilmonen, 2003) tal como num estudo conduzido por White & Winstanley em 2006. Os resultados do nosso estudo permitem-nos afirmar que a SCE disponibilizada no CHMA através da implementação do MSCEC foi eficaz, apesar do tempo limitado (seis meses) que o MSCEC esteve operacionalizado. Note-se que White e Winstanley (2010) aconselham um conjunto de condições para o desenvolvimento da prática clínica sob supervisão, nomeadamente “(...) retain almost all (>90%) of supervisees over the period of data collection (>1 year) (...)” (p. 164).

A propósito dos benefícios da supervisão clínica, estes autores referem:

“The claims to the benefits of clinical supervision, often referenced to pioneering, but small, Scandinavian studies have been variously attributed to nurses (...) to patients (...) and to the organization. The empirical bases for many of these claims have remained unsubstantiated (...)” (p.153).

Neste sentido, conduziram um estudo randomizado com o objetivo de estabelecer evidência inequívoca entre as relações da supervisão clínica, a qualidade dos cuidados de enfermagem e os *outcomes* nos clientes. Neste estudo, utilizaram vários instrumentos para a colheita de dados, tais como:

- “Mental Health Nurse (at baseline and 12 months): General Health Questionnaire (GHQ), 28 item version (Goldberg and Williams, 1988; MCSS (Winstanley, 2000); Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach and Jackson, 1986); Short Form Health Survey 8 - item version (SF8) (Ware et al., 2001); Nursing Work Index (NWI-R) (Lake and Friese, 2006); Mental Health Problems Perceptions Questionnaire (MHPPQ) (Lauder et al., 2000);
- Patient (at baseline, 6 and 12 months): Service Attachment Questionnaire (SAQ) (Goodwin et al., 2003), Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire (PCSQ) (Barker and Orrell, 1999);
- Unit staff (6-monthly): Perception of Unit Quality (PUQ) (Cronenwett, 1997)” (p.157).

Concluíram, no fim do trabalho realizado, que “(...) no statistical significant differences were found by any of the research instruments” (p.158). No nosso estudo, o

único instrumento que foi igual aos referenciados foi a MCSS^o e esta foi exclusivamente aplicada no fim da implementação do MSCEC. Para monitorizarmos as respostas ao stresse, os recursos de *coping* e as capacidades da inteligência emocional, aplicámos no início do estudo e no fim da implementação do MSCEC, o IRRP^o e a EVBCIE^o. Emparelhámos os dados e relacionámo-los com os obtidos pela MCSS^o. Concluiu-se que, apesar do pouco tempo de implementação do modelo, houve correlação significativa (fraca a moderada) em várias subescalas destes instrumentos, o que nos permite afirmar que a SCE disponibilizada através do MSCEC pode influenciar as variáveis em estudo.

Montes-Berges e Augusto (2007) afirmam que “(...) as stress affects a large number of nursing professionals and gives rise to different negative consequences, it is necessary to pay attention to the resources or devices that nurses could use to diminish these effects” (p.163-164). OE e UCP (2004) referem que os profissionais face a situações stressantes, “(...) agem (...) de modo a prevenir, evitar, ou controlar angústias emocionais” (p.35), pelo que a SCE é uma estratégia primordial de combate ao stresse e de rentabilização dos recursos de *coping* dos enfermeiros, pois o nosso estudo evidenciou, por exemplo, que quando os enfermeiros supervisionados apresentavam mais ‘raiva/frustração’, mais ‘emocionalidade disfórica – alterações de humor’, maior foi a ‘importância/valor da supervisão clínica’, o que corrobora os estudos de autores como Berg e Hallberg (1999) e Teasdale *et al.* (2001) que referem que a supervisão clínica não só diminui o stresse laboral, como também aumenta a satisfação profissional, o *coping* , o sentido de coerência, a criatividade e a eficiência dos profissionais.

O stresse é uma entidade à qual os enfermeiros estão inevitavelmente sujeitos no seu dia-a-dia. Silva e Cetenico (2001) citados pela OE e UCP (2004), chamam à atenção que

“(...) em relação à percepção das causas de stresse (acontecimentos da vida e tensões crónicas), embora já existam alguns estudos, parece-nos que ainda muito está por estudar em enfermagem, nomeadamente no que diz respeito à relevância dos contextos organizacionais (controlo, ambiente relacional e físico), enquanto intervenientes, para associar formas de percepção das causas de stresse” (p. 37).

O stresse e o *burnout* nos enfermeiros é um problema grave (Nielsen e Tulinius, 2009). Os autores, no estudo de caso que realizaram com um grupo de supervisão de ‘general practitioners’ dinamarqueses que se centrou na prevenção do *burnout* , concluíram

que todos os participantes “(...) reported having benefited from the supervision (...)” (p.355). A exaustão emocional do indivíduo é uma das dimensões mais importantes deste síndrome e está associada a resultados de saúde negativos, à redução da *performance* laboral e existe evidência que se pode ‘contagiar’ aos outros profissionais (Knudsen, Ducharme & Roman, 2008). Hyrkäs (2005) afirma que os resultados do seu estudo demonstram que uma supervisão clínica eficiente está relacionada com um menor *burnout* e que uma supervisão ineficiente está relacionada com o aumento da insatisfação laboral dos profissionais nos cuidados de saúde mentais e psiquiátricos. Borges (2012) refere que

“Atendendo à diversidade de atividades desempenhadas pelos enfermeiros, a carga física e emocional exigida a estes profissionais coloca em risco a sua saúde (Raffone & Hennington, 2005) de que são exemplo as doenças músculo – esqueléticas, elevados níveis de ansiedade que aumentam com a idade e o tempo do serviço (Fornés, Ponsell & Guasp, 2001), ansiedade e depressão, nomeadamente em enfermeiros com maior experiência profissional, com vínculo institucional e que percecionam a profissão como estável (Silva, Queirós & Rodrigues, 2009)” (p.51).

Pelo que a SCE pode ter contributos na redução de alguns destes aspetos, não obstante “(...) economic constraints, downsizing, restructuring, and the burden of emerging and reemerging diseases on healthcare systems have created stressful working environments for many providers” (Ulrich *et al.*, 2007, p.1709).

Sloan (2005) apresenta os benefícios da supervisão clínica para os enfermeiros, nomeadamente:

- “- Sentirem-se apoiados (Farrington, 1995)
- Experienciam menos stresse, *burnout*, e absentismo por doença (Kopp, 2001)
- Desenvolvem a personalidade (Royal College of Nursing, 1999)
- Menor inclinação para abandonarem a enfermagem (Bishop, 1998)
- Nota-se um aumento na sua confiança (Dunn *et al.*, 1999)
- Sentem-se menos isolados (Cook, 1996)
- Desenvolvem a sua competência clínica e o seu conhecimento de base (Nicklin, 1995)” (p. 919).

Contudo, Clegg (2001) alerta que “ (...) existem muitos argumentos sobre os benefícios da supervisão clínica na redução dos níveis de stresse, apesar de haver pouca evidência que suporte este ponto de vista” (p. 105).

No que se refere à inteligência emocional, o nosso estudo documenta que existiu correlação fraca (-0,386) entre a subescala ‘*capacidade de auto motivação*’ da EVBCIE[®] e a subescala ‘*assuntos pessoais*’ da versão portuguesa da MCSS[®]. Importa referir que a ‘*capacidade de auto motivação*’ foi, de todas as capacidades, a que estabeleceu uma relação mais forte e positiva com a inteligência emocional em vários estudos realizados em Portugal (Agostinho, 2008; Veiga Branco, 2005; Vilela, 2006), sendo mesmo preditiva da competência emocional, e, se em tão pouco tempo (6 meses) de implementação do MSCEC, houve relação com a subescala ‘*assuntos pessoais*’, provavelmente com mais tempo de funcionamento do modelo, poderíamos ter resultados mais significativos, pois tal como refere Agostinho (2008), “(...) a motivação é uma capacidade a considerar no trabalho destes profissionais, no sentido de utilizarem as suas preferências mais profundas para avançar para os seus objetivos, tomando iniciativa e ser altamente eficientes face a contrariedades e frustrações” (p.156).

Agostinho (2008) concluiu, no estudo que realizou, que muitos enfermeiros necessitam de desenvolverem as capacidades da inteligência emocional e que para isto seja possível, “(...) caberá também aos enfermeiros com um maior conjunto de competências emocionais ajudar os colegas que mais precisam” (p.175). Neste contexto, o enfermeiro supervisor clínico encontra-se numa posição de destaque para em conjunto com o enfermeiro supervisionado trabalharem no sentido de desenvolverem as suas capacidades da inteligência emocional, pois esta permite aos enfermeiros “(...) desenvolverem uma relação terapêutica, cuidar dos clientes e das suas famílias e gerir o stresse” (Cadman & Brewer, 2001 citados por Reeves, 2005, p. 174).

A noção de que os enfermeiros devem ser emocionalmente competentes é incontornável e, segundo Vilela (2006), é mesmo, incontestável. Escibà, Más, Cardenas, Burguete e Fernández (2000) referem que a falta de enfermeiros é um fator condicionador da resposta emocional dos mesmos.

Severinsson (2004) afirma que

“(...) a aprendizagem emocional e o processo de maturação são centrais ao crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional (...) [assim] a inteligência emocional integra importantes competências pessoais e interpessoais, que podem levar à flexibilidade em gerir mudanças e a melhorar a qualidade dos cuidados no futuro (...)” (p.169).

Vilela (2006) chama à atenção que

“(...) a inteligência emocional não tem implicações apenas para a vida pessoal, mas também para o exercício de uma profissão como a de enfermagem. Não apenas no desempenho da sua função social, mas também em tudo que a envolve, tal como: a formação dos profissionais, a forma de gerir os profissionais (a todos os níveis), bem como nas organizações onde estes exercem a sua atividade” (p. 23).

Pelo que, através do desenvolvimento da inteligência emocional, “(...) o enfermeiro pode crescer pessoal e profissionalmente, uma situação de ganha – ganha para todos os intervenientes” (Reeves, 2005, p. 176). Contudo, Cadman e Brewer (2001) alertam que “(...) unless nurses are able to offer an emotionally intelligent response then acceptable outcomes may not be realized for patients/clients” (p.322). Neste contexto, o enfermeiro supervisor clínico, por trabalhar em proximidade com o supervisionado e com os clientes dos cuidados, deve incluir nas suas funções a instrução e o treino das capacidades da inteligência emocional dos seus supervisionados, promovendo, por esta via, uma prática de enfermagem baseada na evidência, pois segundo Goleman (2000, 2003) as capacidades da inteligência emocional podem ser aprendidas e desenvolvidas ao longo do tempo. Vilela (2006) afirma que “(...) a formação e a educação emocional dos enfermeiros é uma forma de promover um bom clima de trabalho e, por sua vez, otimizar a qualidade dos cuidados de saúde prestados por estes profissionais” (p. 39).

Akerjordet e Severinsson (2010) referem que

“As role models over a long period, emotional intelligent leaders motivate both themselves and their followers to engage in self-reflection in relation to awareness and learning, thus fostering self-leadership skills and providing an opportunity to discover strengths and weaknesses through introspective investigation (Akerjordet & Severinsson

2004, Watson 2004, Hurley 2008). They are thus able to promote knowledge and innovation as well as create therapeutic work relationships, which are critical for facilitating knowledge utilization that leads to more evidence-based nursing practice (Edgar et al. 2006)” (p. 364).

Jesus, no estudo que realizou em 2004, sugere que os enfermeiros com níveis mais elevados de inteligência emocional poderão ter um desempenho profissional melhor, pelo que

“Se desenvolvermos a inteligência emocional dos enfermeiros podemos estar a ajudá-los a lidarem de uma forma mais hábil com o seu trabalho emocional e a reduzir a incidência de stresse psicológico, o que trará benefícios aos enfermeiros, aos pacientes e aos gestores” (Mcqueen, 2004, p.107).

O nosso estudo documenta os efeitos do MSCEC após a sua implementação durante seis meses segundo a perspetiva dos enfermeiros supervisionados.

6.5 – EFEITOS DO MSCEC: DA IMPLEMENTAÇÃO À MUDANÇA NA PERSPETIVA DOS DIFERENTES ATORES

Os objetivos que definimos para a fase IV constituíram o seu guia. Conforme já referenciamos anteriormente, para explorar e descrever a avaliação do processo de implementação e da mudança que se operou, entrevistámos informantes privilegiados para que a avaliação contemplasse pontos de vista dos elementos com diferentes funções e em diferentes níveis hierárquicos e organizacionais. “Esses informantes-chave costumam ser a principal ligação do pesquisador com o ‘lado de dentro’” (Polit & Beck, 2011, p.357).

6.5.1 – Participantes, Método e Recolha de Dados

A opinião dos enfermeiros supervisionados acerca da SCE disponibilizada através do MSCEC tem uma importância vital neste estudo, pelo que para além de a termos avaliado com o questionário aplicado na fase IV, decidimos também entrevistar um supervisor de cada serviço. Para tal, definimos critérios de inclusão (cumulativos) para a sua escolha, já

que no que se refere aos outros informantes chave decidimos entrevistá-los todos. Assim, os critérios estipulados foram:

- Ter formação pós graduada em SCE e estarem ao serviço;
- Aleatoriamente.

A colheita de dados foi efetuada através da realização de uma entrevista semi - estruturada, cujo guião se encontra em anexo (ver anexo 48), de modo a darmos resposta aos objetivos delineados.

As entrevistas foram presenciais, face a face e individuais. A sua duração foi sensivelmente de 50 minutos e foram realizadas nos locais e horas acordados pelos participantes no estudo. Solicitámos a sua autorização para a realização e gravação da entrevista em suporte áudio. Foi dada a oportunidade aos participantes de esclarecerem qualquer aspeto que quisessem. Tal como aconteceu na primeira fase deste estudo, após cada uma das entrevistas, ouvimos os registos áudio, obtendo, por esta via, uma impressão global sobre a avaliação do MSCEC, do processo de implementação e do adquirido. Procedemos à transcrição integral das mensagens, obedecendo à linguagem utilizada por cada um dos participantes. Foi efetuada a codificação dos dados associados a cada participante de modo a assegurar o anonimato e a confidencialidade dos mesmos. Neste sentido, a cada entrevista foi designada a letra /E/ e atribuído um número sequencial, não permitindo a identificação de nenhum dos elementos.

Recorreu-se à técnica de análise de conteúdo para o tratamento dos dados. O processo de análise foi idêntico ao apresentado na fase I.

6.5.2 – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

A utilização de uma lógica indutiva para a categorização e ordenação dos dados permitiu-nos contruir um referencial constituído por temas, categorias e, quando se justificou, subcategorias. Desta forma, fomos simultaneamente avaliando o MSCEC, o processo de implementação e o adquirido.

Iniciámos a apresentação dos dados com a caracterização dos participantes, realçando que esta foi feita de modo a não se poderem identificar os mesmos. Posteriormente, faremos a apresentação, análise e discussão dos resultados.

6.5.2.1 – Caracterização dos Participantes

Para procedermos à avaliação de todo o processo, optámos por entrevistar informantes privilegiados por estarem diretamente ligados a este estudo, ao MSCEC e à sua implementação, portanto a estratégia usada visou “(...) o entendimento mais completo possível do fenómeno de interesse” (Polit, *et al.*, 2004, p.239).

Os entrevistados, nesta fase, foram 18, dez da UST, sete da UVNF e um da Administração Regional de Saúde do Norte (participante que, entretanto, foi exercer funções para esta entidade). Três elementos são do sexo masculino e 15 do sexo feminino; No que se refere à categoria profissional, este é um grupo heterogéneo, no qual estiveram representadas todas as categorias da carreira de enfermagem com exceção da categoria profissional de enfermeiro supervisor.

6.5.2.2 – Efeitos do MSCEC e do Processo de Implementação

Recorremos à análise de conteúdo, após a organização dos dados no *corpus* de análise, utilizando o modelo de análise previamente definido para a fase I e os objetivos definidos para a fase IV como fio condutor da mesma. Utilizámos o aplicativo informático NVivo7 como recurso para o tratamento dos dados. Os esquemas que se seguem ilustram a interpretação que fizemos das entrevistas. Tal como na fase I, optámos por não colocar no quadro 4 as subcategorias dado o seu tamanho, acreditando que, mesmo desta forma, conseguimos proporcionar uma panorâmica geral da análise de conteúdo realizada, todavia a partir da figura 16 estão já explícitas para consulta.

Da análise de conteúdo realizada, emergiram seis temas, nomeadamente '*condições para a SCE*', '*enfermeiro supervisor clínico*', '*estratégias de implementação do MSCEC*', '*procedimentos da SCE*', '*efeitos do MSCEC*' e '*sugestões*' e várias categorias e subcategorias.

No que se refere às unidades de registo e às de contexto de cada categoria/subcategoria, estas são apresentadas no volume de anexos para consulta. Assim, à medida que formos fazendo a discussão dos resultados, incluiremos algumas unidades de contexto e nessas sublinharemos as unidades de registo exemplificativas da categoria ou subcategoria que estaremos a abordar. À semelhança do que aconteceu na fase I, esta opção de apresentação guarda relação com a extensão do *corpus* de análise que tivemos que tratar. Também à semelhança do que aconteceu na fase I deste estudo, os dados da análise de conteúdo foram validados pelo mesmo grupo de peritos ao qual se acrescentou mais um elemento. Neste sentido, o grupo foi constituído por: duas professoras – adjuntas da ESEP e doutorandas em Ciências de Enfermagem; uma assistente – convidada da ESEP com Pós Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem e uma doutoranda em Educação.

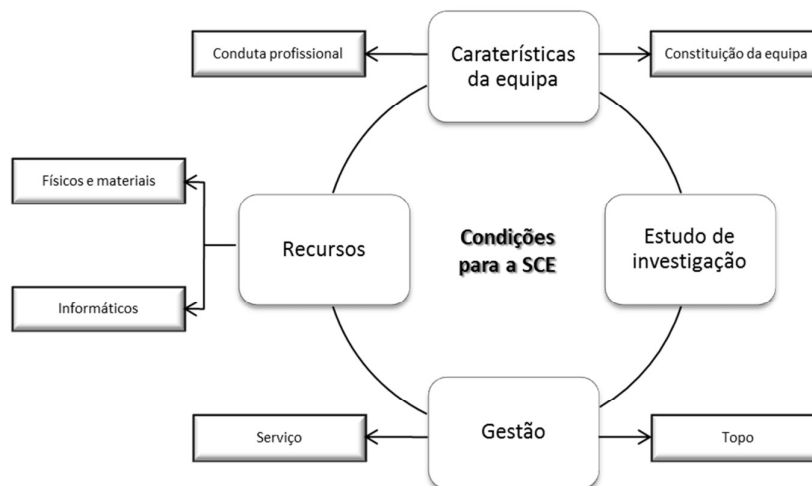
Quadro 4 – Síntese da avaliação do MSCEC e do processo de implementação

TEMA	CATEGORIA
Condições para a SCE	Caraterísticas da equipa
	Estudo de investigação
	Gestão
	Recursos
Enfermeiro Supervisor Clínico	Crítérios de seleção
	Competências
	Áreas de formação
	Desempenho do papel
Estratégias de implementação Do MSCEC	Adequação
	Contrato de SCE
	Formação em SCE
	Reuniões
Procedimentos de SCE	Tempo
	Frequência
	Local
	Cronograma
Contributos do MSCEC	Percurso
	Efeitos do MSCEC
Sugestões	Alargamento a outros serviços/instituições / continuação nos mesmos serviços/
	Aumentar ao tempo
	Candidatura a enfermeiro supervisor clínico
	Comparticipação da instituição na formação em SCE
	Constituição das equipas
	Delegação de funções
	Divulgação da investigação
	Formação
	Obrigatoriedade da SCE
	Papel do enfermeiro chefe
	Meios

6.5.2.2.1 – Condições para a SCE

Do tema ‘condições para a SCE’, emergiram quatro categorias, nomeadamente ‘caraterísticas da equipa’, ‘estudo de investigação’, ‘gestão’, ‘recursos’ e diversas subcategorias, como se pode visualizar na figura que se segue.

Figura 16 – Representação esquemática do tema ‘condições para a SCE’



Tal como aconteceu nas entrevistas iniciais, vários aspetos das ‘caraterísticas da equipa’ (ver anexo 49) foram referenciados pelos participantes como ‘condições para a SCE’, tais como:

a ‘conduta profissional’,

“Isto não foi levado com a seriedade por algumas pessoas como deveria ter sido (...) as maiores dificuldades é no reconhecimento das pessoas e outra coisa que eu achei - não encararam isto como tinha que ser, mesmo! As pessoas abusam.” E25;
“E depois naquele serviço há pouca uniformização (...) as pessoas também não partilham (...) sabem, calam-se e fazem as suas coisas e não partilham (...) há muito pouca partilha de conhecimentos, fazem-se formações de serviço, há muito pouca afluência, não vão.” E26

e a ‘constituição da equipa’

“As equipas não têm que ser muito homogêneas.” E19; “Grande rotatividade. É um transtorno para nós (...) é a pior coisa que o nosso serviço tem (...) vão não sei quantos elementos dos mais velhos embora e voltam a vir elementos novos. É o organizar e adequar-se.” E29

Todos os enfermeiros devem ter presente o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei nº. 111/2009) e exercerem a sua prática profissional com base nele. Neste documento, podemos ler no Capítulo VI, Secção II, Artigo 88º - Da Excelência do Exercício - que

“O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

- a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;
- b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;
- c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;
- d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados (...)” (OE, 2009, p.77).

A realidade descrita pelos quatro participantes a que se refere a subcategoria **‘conduta profissional’**, é consideravelmente diferente daquela que é preconizada no Código Deontológico, traduzindo não só um exercício profissional com *deficits* e de qualidade duvidosa, mas também um obstáculo à SCE. No mesmo documento podemos ler no artigo 90º - *Dos deveres para com a profissão* – que

“Consciente de que a sua ação se repercute em toda a profissão, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Manter o desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão;
- b) Ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional;
- c) Proceder com correção e urbanidade, abstendo-se de qualquer crítica pessoal ou alusão depreciativa a colegas ou a outros profissionais (...)” (OE, 2009, p.78).

“The code should be considered as a framework for professional practice and operate in line with the standards of best practice and advice emanating from the national nursing board and individual health care organization” (Chau *et al.*, 2010, p.3528). Neste sentido, a

atitude e o comportamento de alguns enfermeiros evidenciado pelas unidades de registo são reprováveis, não obstante puderem ser consequência de uma desmotivação dos profissionais por várias causas, tais como as condições de trabalho.

A enfermagem é reconhecida por todos como uma profissão stressante (Maluwa, Andre, Ndebele & Chilemba, 2012; Tuveesson, Eklund & Wann-Hansson, 2012). Rodwell, Noblet, Demir e Steane (2009) chamam à atenção que

“Alarming, associations have also been made between nurses’ stress and the quality of patient care (Aiken et al., 2001). For example, the extent to which stress was experienced by nurses has been associated with incidents such as the frequency of patients’ falls and medication and intravenous errors (Dugan et al., 1996), and patients were more than twice as likely to report high levels of satisfaction with care in work environments with low burnout than with high burnout rates (Vahey, Aiken, Sloane, Clarke & Vargas, 2004)” (p.310).

Bianchi (1999) citada por Guido (2003), refere a propósito da profissão de enfermagem que

“Associada a um trabalho fortemente normalizado; (...) com um sistema de turnos; com rotatividade dos funcionários (equipe de enfermagem), exigida pelos serviços; além da excessiva responsabilidade e da necessidade de ampliação de conhecimentos técnicos e tecnológicos. Visando um melhor atendimento ao ser humano, pode-se observar, diante desse quadro, o crescente desinteresse dos enfermeiros pela profissão e, consequentemente, o desencadeamento de situações de insatisfação e de stresse” (p. 26).

A grande rotatividade de profissionais nos serviços é uma barreira à excelência do exercício profissional e um dos obstáculos à supervisão, pois esta exige um trabalho permanente, contínuo e focalizado nas necessidades do supervisionado, o que não é compatível com a constante mudança quer de enfermeiros supervisionados, quer de enfermeiros supervisores clínicos. E se é gerador de stresse, podemos ter presente efeitos adversos como os anteriormente descritos. Dois dos participantes referiram o aspeto da rotatividade como uma condição dificultadora da SCE, enquanto um deles afirmou que os profissionais não devem recluir a mobilidade, pois desta forma conhecem outras realidades.

OE e UCP (2004) alertam que “(...) o que se apresenta como uma situação de impacto negativo é a mudança constante dos profissionais nas mesmas instituições, geradora de uma vasta rotatividade que não favorece o desenvolvimento da cultura organizacional aliada ao interesse pela continuidade de um desempenho qualificado” (p.414). Também Ferreira (2005) citado por Agostinho (2008), refere que “(...) o trabalho por turnos rotativos, a sobrecarga de trabalho e a escassez de pessoal, para além da gravidade dos doentes e do contacto permanente com o sofrimento e morte, entre outras situações, são fatores que conduzem a uma sobrecarga física e emocional” (p.61). Por outro lado, a realidade portuguesa e europeia confronta-se “(...) com transformações sócio económicas significativas, a par de mudanças a nível dos padrões de morbilidade (...)” (Abreu, 2007, p.29).

Num contexto de incerteza e de imprevisibilidade, ao qual já é difícil qualquer profissional se integrar, acresce a celebração de contratos precários de trabalho aos enfermeiros.

“Os enfermeiros mais jovens, principalmente, veem-se hoje sujeitos a vínculos contratuais precários ou instáveis como contratos a termo certo e de substituição. Martin e Boeck (2002) referem que quando os trabalhadores recebem constantemente a perda de emprego, a sua capacidade de rendimento ressentem-se e acabam por trabalhar de forma contraída e preocupada, aumentando a quantidade de erros cometidos, sentindo ainda que os colegas de trabalho se tornam adversários na disputa de um posto de trabalho, conduzindo a um aumento da tensão emocional” (Agostinho, 2008, p.63).

Neste contexto, a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros poderá ser prejudicada.

A contratação a prazo dos profissionais não promove a estabilidade nos serviços, o que interfere consideravelmente com uma política de SCE que se queira instituir e manter. O Plano Nacional de Saúde (PNS) (2011-2016) chama à atenção que “(...) as competências e experiência dos profissionais que prestam os cuidados representam um fator bem mais importante no sucesso do tratamento, (...)” (p.31). Todavia, a prestação de cuidados tem um “(...) potencial de causar danos colaterais (estima-se que em cada 100 internamentos

hospitalares, 10 se compliquem por qualquer erro, causando dano)” (PNS 2011-2016, p.19), pelo que a influência da SCE não deve ser desprezada.

As instituições de saúde, em particular os hospitais, debatem-se com muitos constrangimentos, particularmente os financeiros, mas também enfrentam desafios ligados à saúde muito complexos. Segundo o mesmo plano:

“O impacto das mudanças populacionais, os padrões de doença, as oportunidades para intervenção médica com novos conhecimentos e tecnologia, a mobilidade dos recursos humanos, os novos mecanismos de financiamento e as expectativas públicas e políticas têm implicações no modo como os cuidados de saúde hospitalares são prestados, (...)” (PNS 2011-2016, p.5).

É objetivo deste plano, “(...) desenvolver uma visão para os cuidados de saúde hospitalares que necessariamente promova uma melhoria generalizada dos *standards* e, simultaneamente, contribua para uma melhor resposta aos atuais desafios” (PNS 2011-2016, p.5). Ora tal não será possível se não houver uma dotação adequada/segura e estável de profissionais e um acompanhamento de proximidade com estes, de modo a que possam responder adequadamente aos desafios que lhes colocam todos os dias.

O Ministério da Saúde e a OE (2011) realçam que:

“A dotação adequada de enfermeiros é um dos aspetos fundamentais para atingir índices de qualidade dos cuidados de saúde da população alvo e para a própria organização, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de assistência. (...) O cálculo das necessidades não pode, assim, limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar” (p.8).

Aspetos como as competências profissionais devem ser tidos em conta para o cálculo das necessidades de pessoal, pelo que a SCE se torna numa estratégia de primeira linha, enquanto promotora do aumento dos conhecimentos e desenvolvimento das competências dos enfermeiros, contribuindo para que estes estejam mais aptos para o exercício

profissional, prestando cuidados de maior qualidade e com maior segurança aos seus clientes.

Os participantes referiram aspetos relacionados com o **'estudo de investigação'** (ver anexo 50) como condição facilitadora para a SCE.

"Porque trabalhar, como eles [focus group] fizeram, eu achei um trabalho excelente, intenso, de pesquisa, fizeram um trabalho excelente e eu gostaria de ter trabalho [mais], além de ter trabalhado, uma pessoa aprende, desenvolve e é assim que eu aprendo." E20; "O facto de ser um estudo e uma novidade facilitou muito e não tive problemas nenhuns para as pessoas comparecerem (...) é importante isso tudo para as pessoas saberem naquilo que se estão a meter (...) para as pessoas perceberem o que vão fazer, depois (...) serem participativas nas coisas, motiva muito mais as pessoas do que ter que lhes dizer "olha, agora preenche-me este inquérito, olha agora vais ter que fazer não sei o quê" é diferente, não motiva nada (...) porque vão fazer, qual é o objetivo, e até se for preciso dar opiniões, isso motiva, acho que é uma boa estratégia." E21;

A motivação que se gerou nos enfermeiros pela participação ativa no estudo foi evidente no discurso dos cinco participantes e as unidades de registo traduzem com clareza este aspeto.

O cansaço e a falta de vontade dos enfermeiros por 'terem' que participar em estudos de investigação são, por vezes, usuais em ambientes hospitalares. Ora, este estudo entrou definitivamente em contraciclo, dado o *empowerment* que foi atribuído aos participantes e que foi inerente à IA. Meleis (2007) alerta que "(...) disciplines should be dynamic to respond to emerging and changing needs of societies and to new demands imposed by population movements and transformation of global order" (p.3). Polit *et al.* (2004) afirmam que o desenvolvimento e a utilização do conhecimento são fundamentais para uma assistência em saúde de qualidade. Estes enfermeiros rapidamente perceberam a mais-valia que a SCE podia trazer a diferentes níveis, particularmente à qualidade dos cuidados e à qualidade da sua formação e exercício, pelo que a motivação e o entusiasmo surgiram de uma forma natural e evoluíram positivamente sempre com a *curiosidade* de ver a adequabilidade da solução que tínhamos encontrado para o problema.

Foi óbvio para os enfermeiros que a sua prática profissional não se podia sustentar exclusivamente na experiência de cada um, na tentativa – erro ou na tradição e que a

inclusão dos resultados da investigação na prática clínica é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde. “‘Baseado na evidência’ é um dos mais usados e, talvez, o menos compreendido adjetivo dos cuidados de saúde de hoje” (Craig & Smith, 2004, prefácio). A oportunidade de integrarem o estudo que lhes enfatizou estes aspetos e que os sensibilizou para uma área emergente no nosso país como é o caso da SCE, estimulou-os e proporcionou um clima favorável para o decurso do mesmo. “A perspetiva para a enfermagem no século vinte e um, é que todos os enfermeiros procurem evidência e a apliquem na sua prática quotidiana (...)” (Craig & Smith, 2004, p.4).

Ao longo de todo o tempo, houve uma partilha e uma parceria efetiva entre investigador e enfermeiros, o que se traduziu na legitimação do processo de tomada de decisão e, provavelmente, no sucesso do modelo implementado.

Tal como na fase I, os participantes referiram aspetos ligados à **‘gestão’** (ver anexo 51),

do **‘serviço’**,

“(...) Facilitadoras (...) as chefias darem liberdade (...) a algumas pessoas dentro dos grupos, que são líderes (...) serem referência, serem bons profissionais, deixar sobressair e às vezes não se cortar um bocadinho as pernas, um bocadinho com medo.” E19; “A chefe não teve um papel ativo como o que eu acho que deveria ter tido porque colocou-se completamente de lado.” E26

e à de **‘topo’** como condições para a SCE.

O facto de ser horas pagas (...) facilitou muito” E21; “O não ter ido para a frente, basicamente é a desmotivação das pessoas em relação ao destino do serviço (...) vai estar nesta corda bamba agora, a partir de agora porque o Presidente do Conselho disse que não excluía a hipótese do [serviço] fechar (...) por acaso tinha muitas expectativas neste trabalho só que as circunstâncias [encerramento do serviço] fizeram com que chegasse esta instabilidade, esta necessidade de poupar, de mudar e isso destabilizou muito o grupo.” E21;

O envolvimento das chefias, segundo os participantes, constitui uma condição para a SCE. Dienemann (1992) citado por Lunney (2004), refere que para atingir a melhoria contínua da qualidade, “(...) os enfermeiros chefes precisam remover barreiras organizacionais à qualidade, autorizar a equipa, facilitar a remodelagem do ambiente e apoiar abordagens não tradicionais visionárias” (p.340). Alguns participantes referiram que o

‘seu’ enfermeiro(a) chefe devia ter tido um papel mais ativo. OE e UCP (2004) alertam que “(...) a ação das chefias intermédias e superiores não é, em muitos casos, considerada satisfatória” (p.404). O NHS (2011e), por sua vez, aponta um conjunto de responsabilidades para a gestão intermédia, tais como:

- “Assegurem sistemas de apoio e de supervisão adequados para as equipas que gerem. A supervisão clínica deve ser um mecanismo claramente identificável em qualquer sistema desenvolvido;
- Apoiarem a implementação da supervisão clínica e advogarem a sua utilização ao *staff* que gerem;
- Assegurem as funções laborais aos novos funcionários incluindo a requisição para que estes tenham supervisão clínica regularmente;
- Assegurem que os supervisores fazem supervisão e que recebem supervisão e, que isto se reflete nas suas responsabilidades e na descrição das suas funções laborais;
- Reportarem às entidades competentes, o número de supervisores que precisam, o treino que precisam para a sua equipa, antecipando as necessidades do seu *staff*. Estas necessidades devem ser revistas regularmente;
- Assistirem a sua equipa (supervisados e supervisores) a gerirem o tempo efetivamente, conjugando os recursos existentes de modo a que possam participar na supervisão;
- Assegurem que qualquer assunto que lhes seja transmitido como resultado da supervisão clínica, seja prontamente e apropriadamente tratado. Isto inclui qualquer assunto que requeira investigação ou ação disciplinar (...)”(p.13-14).

Koivu, Hyrkäs e Saarinen (2011), no estudo que realizaram com o objetivo de identificar que enfermeiros decidiram participar na supervisão clínica quando esta foi disponibilizada a toda a equipa de enfermagem, concluíram que:

“(...) the support provided by nurse managers for nurses and an empowering and fair style of leadership enhance the uptake of clinical supervision by the nursing staff. Particularly younger nurses feel that the availability of clinical supervision reflects human resource primacy on the unit. The nurse manager as a key role in facilitating clinical supervision through the provision of protected time and an appropriate environment for clinical supervision to take place” (p.77).

A responsabilidade do enfermeiro chefe do serviço é abrangente e inclui o planeamento e a definição de objetivos de acordo com as metas institucionais, a manutenção da viabilidade do serviço e a sua efetividade (Dellefield, 2008).

Ao enfermeiro chefe cabe-lhe não só organizar, motivar, comunicar e proporcionar condições para a equipa se desenvolver, avaliar o desempenho dos seus profissionais, mas também apoiar os profissionais em todas as ocasiões, particularmente, numa situação como a que algumas unidades de registo evidenciam, designadamente o encerramento de um serviço.

Ficou claro que uma decisão de topo, estruturante na vida profissional das pessoas, influenciou decisivamente a motivação dos enfermeiros para investirem na SCE. A influência da gestão de topo na SCE, através das condições que proporciona para sua implementação e manutenção, é preponderante para o sucesso ou insucesso da mesma. Koivu *et al.* (2011) referem que “(...) to help nurse managers to achieve this [facilitating clinical supervision], health care organizations should include clinical supervision in their corporate agenda or business plans (Gilmore 2001) and in the job descriptions of the nurses (Green-Lister & Crisp 2005)” (p.77).

Um dos participantes mencionou o facto de as chefias darem liberdade para os líderes das equipas sobressaírem e fazerem o seu trabalho como uma condição facilitadora da SCE. O NHS (2009) refere como papel de líder na supervisão clínica, o seguinte:

- “Liaise with line managers to identify all staff within the team requiring clinical supervision.
- Ensure protected time for each supervisee to lay out issues in his/her own way.
- Help supervisees explore and clarify thinking, feeling and beliefs, which underlie aspects of their professional work.
- Share experience, information and skills appropriately.
- Challenge practice, which he/she perceives to be unethical, unwise or incompetent.
- Challenge personal and professional blind spots, which he/she may perceive in individuals or group.
- Be aware of the organizational contracts, which he/she and the supervisees may have with the employer and client in terms of supervision.
- Facilitate professional development” (p.10).

Aspetos ligados aos **‘recursos’** (ver anexo 52) foram referenciados como condições para a SCE, nomeadamente:

os **'físicos e materiais'**,

"O que era bom era pegar e fazer um hospital novo, então aí era diferente. Assim não, porque é a minha casa, nós fazemos aqui desta maneira nós fazemos ali e é difícil às vezes unificar." E19; "Aquele reunião de supervisores foi triste, lá em baixo, com os canos todos." E25

e os **'informáticos'**.

"Houve um aspeto só negativo que aconteceu, não dependia só de mim, que foi o aspeto do site da internet, o portal, essa questão efetivamente acabou por ainda não se poder fazer." E19

Aspetos relacionados com os recursos foram referenciados por quatro participantes como condições para a SCE, tal como aconteceu na fase I do estudo. OE e UCP (2004) concluíram que os enfermeiros percecionam com um impacto negativo "(...) as situações de mudança, as práticas de gestão, as condições de saúde e a segurança no trabalho e as condições materiais de trabalho (...)" (p.403).

No nosso estudo e porque o CHMA resultou da fusão de dois hospitais, a construção de um hospital novo foi referenciada como tendo sido facilitadora da criação de uma cultura organizacional coesa. Bilhim (2002) refere que " (...) quando se encara a cultura como sistema partilhado de ideias e significados partilhados, as organizações passam a assumir formas expressivas, manifestações da consciência humana. (...) Neste contexto, pode falar-se mais de as organizações serem cultura" (p.126).

Um dos participantes referenciou o aspeto da impossibilidade de criar em tempo útil (seis meses) um espaço no portal do CHMA onde fosse possível fazer a *supervisão on-line*, referenciada no capítulo V, o que revela a influência de fatores externos na implementação do modelo desenvolvido. Esta forma de supervisão não existiu por este motivo.

Lynch e Happell (2008b) afirmam que a falta de recursos, tais como o apoio da organização, o tempo, as finanças e o *staff*, bloqueia frequentemente a implementação da supervisão.

Koivu *et al.* (2011) constataram que " (...) there are both organizational and personal barriers to the uptake of clinical supervision. Organizational barriers result from political and

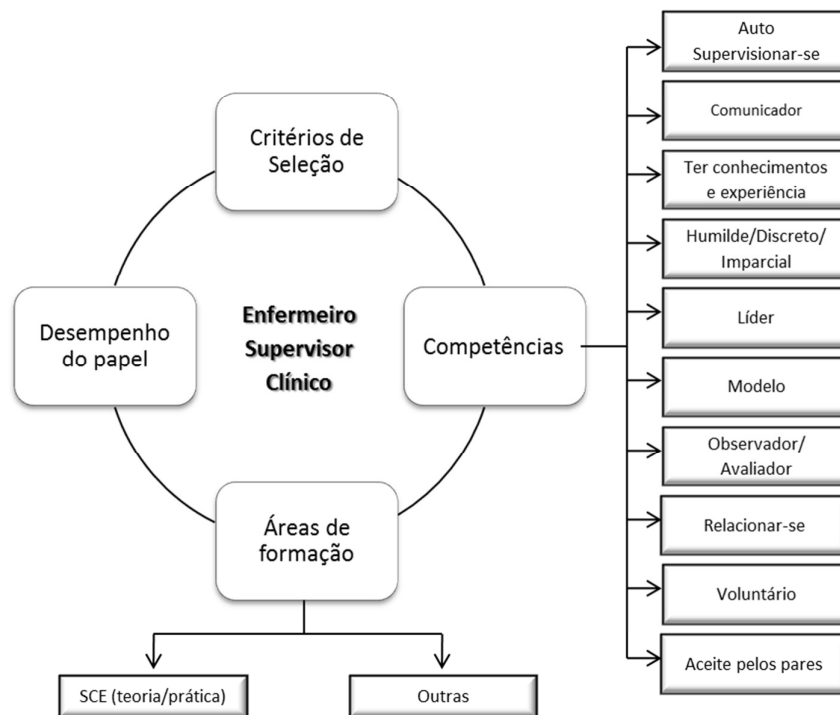
professional conflicts, lack of understanding, constraints on nurses' time and limited resources of health care” (p.70).

É fundamental monitorizar os recursos de que dispomos antes de implementarmos a supervisão clínica, pois são um dos fatores que concorrem para o sucesso/insucesso da mesma.

6.5.2.2.2 – Enfermeiro Supervisor Clínico

Do tema *‘enfermeiro supervisor clínico’*, emergiram quatro categorias, nomeadamente *‘critérios de seleção’*, *‘competências’*, *‘áreas de formação’*, *‘desempenho do papel’* e várias subcategorias, conforme se pode visualizar na figura 17.

Figura 17 – Representação esquemática do tema *‘enfermeiro supervisor clínico’*



O enfermeiro supervisor clínico é uma figura chave em SCE e no MSCEC, o seu protagonismo foi também evidente e é preciso ter clara a noção que a falta de competência

dos supervisores pode ser devastadora, pois eles têm o poder de influenciar um conjunto de supervisados (Berg & Kisthinius, 2007).

Ao questionarmos os participantes sobre os **'critérios de seleção'** (ver anexo 53) dos enfermeiros supervisores clínicos, a opinião foi unânime que estes tinham sido adequados, embora, por vezes, pudessem ter que ser mais específicos de acordo com a equipa em questão. Os critérios de seleção foram elaborados para que pudessem ser aplicados na instituição a qualquer equipa de enfermagem.

“Relativamente aos critérios, eu penso que, pelo menos pela observação que eu fui vendo estão bem formulados. Eventualmente, de acordo com cada equipa às vezes é necessário mexer num ou outro, mas isso é como tudo.” E20; “Estes estão bem, Sandra, porque nós na altura criamos os critérios não pensando já nas pessoas, isso foi logo uma premissa. Ao ter considerado isso, nós criamos um perfil e não propriamente encontramos características que se adequassem às pessoas e por isso só, acho que foi suficiente (...) acho que foram bem-feitas, sinceramente as características, foi bem feito o perfil, traçado o perfil (...) os próprios critérios é que escolheram as pessoas, as pessoas não foram escolhidas para os critérios, mas o contrário.” E22; A nível das características do supervisor acho que o que o focus group decidiu e definiu foi acertado (...) assim no geral e do que eu falei na teoria eu acho que está, o que definiram eu acho que está correto.” E28; “(...) Eu acho que os critérios que foram elaborados foram os melhores, foram os mais corretos.” E32

O NHS (2010b) refere que os supervisores são seleccionados a partir de uma base de dados específica e são convidados todos os anos a frequentarem uma reciclagem de modo a atualizarem-se e a manterem-se inscritos na base de dados. Por sua vez, no documento Clinical Supervision for Health Professionals (NHS, 2011a), a propósito da sua escolha, refere que são profissionais que possuem certos atributos e competências que lhes permitem realizar supervisão e que, frequentemente, se voluntariam para aquelas funções.

O NHS (2011b) afirma que só excepcionalmente é que permitem que os profissionais escolham os seus supervisores, pois normalmente estes são propostos através da chefia intermédia. Refere ainda que em, algumas circunstâncias, pode haver supervisão feita por alguém que não é enfermeiro mas só como complemento à supervisão deste.

O documento Clinical Supervision Policy: version 2:1 (NHS, 2011d) recomenda que o *staff* que já tem conhecimento e experiência prévia em supervisão pode completar uma autoavaliação e, se apropriado, pode acordar com o gestor, ser supervisor sem ter que

realizar nenhum treino específico. Noutra perspetiva, o mesmo documento, refere que existem outros elementos que têm que assegurar a sua inscrição numa lista de supervisores e têm que estar disponíveis para participarem em atividades, incluindo reuniões com um supervisor sénior e têm que ter disponibilidade para frequentarem cursos.

Barribal *et al.* (2004) apontam alguns critérios para a escolha dos supervisores, nomeadamente:

“(…) at least 3 years’ experience post-registration with 1 year’s experience in a particular area as well as, from a more qualitative perspective, a willingness and attitude for taking on the role (Bishop, 1998). However, the adoption of criteria needs to be balanced against the availability of staff who meet any set requirements with the demand for supervisors” (p.395).

Em Portugal, a OE, através da sua alteração aos estatutos que foi publicada na Lei nº. 111/2009 de 16 de Setembro, propõe o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) que, segundo Nunes (2009), assenta em dois pilares: o sistema de certificação de competências que se refere ao processo para a atribuição dos títulos profissionais de *enfermeiro* e de *enfermeiro especialista* respetivamente e o sistema de individualização de especialidades que diz respeito à formação das especialidades.

No artigo 7º da referida Lei pode-se ler:

“1- O título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção.

2- O título de enfermeiro é atribuído ao membro, titular de cédula profissional provisória, que faça prova de aproveitamento no final de um período de exercício profissional tutelado [EPT] ou que comprove exercício anterior efetivo da profissão por um prazo de duração mínima igual ao previsto nesse regime, nos termos previstos no nº. 8 do artigo 6º.

3 – O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem.

4- O título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização, nos termos em que a especialidade vier a ser definida” (p.6).

No Caderno Temático da Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (OE, 2011), o Conselho de Enfermagem, no que se refere à atribuição do título profissional de *enfermeiro especialista*,

“(…) entende dever acontecer igualmente num período de prática tutelada a que denominou de Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT). Estes períodos de Prática Tutelada de Enfermagem (PTE) devem acontecer sob determinadas condições de desenvolvimento profissional e de Certificação de Competências.

EPT e DPT devem desenvolver-se:

1. no quadro de um determinado modelo de Supervisão Clínica, que a OE define;
2. em contexto de prática clínica de idoneidade formativa reconhecida e acreditada pela OE;
3. e com o acompanhamento de um supervisor clínico, certificado pela OE, segundo um perfil de competências específico que propõe” (p.2).

O Conselho de Enfermagem entende que estes períodos de PTE devem estar inseridos num quadro de um modelo de Supervisão Clínica. No entanto, como existem inúmeros modelos de supervisão clínica, a OE (2010) optou por identificar as principais características dos grandes tipos de abordagem que se constituem também em diferentes modelos de supervisão, designadamente *‘Clinical Supervision’*, *Preceptorship*, *‘Mentoring’* e *‘Mentorship’* (que associaram) e, perspetivando-os em função daquilo que deve ser o MDP, definiram um modelo específico a que chamaram de Supervisão Clínica que “(…) assenta numa perspetiva construtivista-reflexiva de matriz ecológica, que valoriza na sua complexidade, o sujeito supervisionado e a relação que estabelece com o contexto específico e objeto da supervisão” (p.5).

De acordo com o Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências da OE (2010), a definição de supervisão clínica, no contexto do MDP, é concetualizada “(…) como um processo formal de acompanhamento da prática profissional,

que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (p.5), tal como havíamos anteriormente referenciado neste relatório, pois o *focus group* entendeu que se devia adotar esta definição de supervisão clínica proposta pela OE para o MSCEC. Refere ainda o mesmo Caderno Temático que a ação, a reflexão e a colaboração são eixos centrais do modelo.

Pelo exposto, depreende-se que a supervisão clínica é estruturante do MDP, que a idoneidade formativa dos contextos da prática clínica é essencial e que o enfermeiro supervisor clínico assume um papel de destaque.

No Caderno Temático da Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (OE, 2011), pode-se ler:

“A Certificação do Supervisor Clínico de PTE é o processo que abrange: a seleção dos candidatos segundo perfil definido pelo Conselho de Enfermagem, ouvidos os Colégios de Especialidade quanto aos critérios específicos relativos à respetiva área de especialidade de enfermagem; a formação específica em supervisão clínica de PTE para candidatos selecionados; e a validação de competências no Domínio de Supervisão Clínica” (p.15).

Segundo Nunes (2009), que à data de publicação da Lei era a Presidente do Conselho de Enfermagem da OE, “(...) ser supervisor clínico requer o cumprimento de um perfil e o desejo de querer ser supervisor – por isso dizemos que é da vontade do próprio, que se voluntaria ou é proposto por terceiros com o seu consentimento” (p.6). O MSCEC não contemplou uma candidatura voluntária do enfermeiro supervisor clínico, contudo estabeleceu critérios para a sua seleção. A OE (2010), no apêndice II do referido Caderno Temático, define a matriz de admissão e seriação dos candidatos a supervisor clínico de PTE. No quadro 5, apresentam-se os critérios obrigatórios para a admissão à candidatura do supervisor clínico de acordo com o tipo de exercício tutelado e os instrumentos a serem apresentados.

Quadro 5 – Critérios obrigatórios para a admissão à candidatura do supervisor clínico

Critérios Obrigatórios (Admissão)	EPT	DPT	Instrumentos
Ser enfermeiro com comprovado exercício contínuo da clínica nos últimos 5 anos.	✓		- Cédula Profissional;
Ser enfermeiro especialista com comprovado exercício contínuo da clínica (critério obrigatório para candidatos a supervisores clínicos de DPT em determinada área de especialidade), numa dada área de especialidade, nos últimos 2 anos.		✓	- Declaração de contagem de tempo de exercício profissional.
Exercer nos últimos 2 anos e de forma contínua em contexto de Idoneidade Formativa acreditada pela OE (critério obrigatório para candidatos a supervisores clínicos de DPT em determinada área de especialidade).	✓	✓	
Exercer há pelo menos 1 ano no contexto de prática clínica em que se propõe supervisionar.	✓	✓	
Interesse e disponibilidade para o desempenho do papel de Supervisor Clínico de PTE.	✓	✓	Carta de Motivação.

(Adaptado de OE, 2011)

No quadro 6, apresentam-se os critérios de ponderação a serem utilizados na seriação do supervisor clínico de acordo com o tipo de exercício tutelado e os instrumentos a serem apresentados. A cada critério de ponderação corresponde uma pontuação, pelo que será viável elaborar a seriação dos candidatos de acordo com a pontuação obtida.

Quadro 6 – Critérios de ponderação para a seriação da candidatura do supervisor clínico

Critérios de Ponderação (seriação)	EPT	DPT	Instrumentos
Tempo de Experiência Profissional de Enfermeiro Em contextos de Idoneidade Formativa Acreditada (EPT)	✓		- Declaração de contagem de tempo de exercício profissional;
Em contextos sem Idoneidade Formativa Acreditada (EPT)	✓		- Base de dados da Estrutura de Idoneidades relativa aos Contextos da Prática Clínica de Idoneidade Formativa Acreditada para EPT e DPT.
Tempo de Experiência Profissional de Em contextos de Idoneidade Formativa Acreditada (DPT)	✓	✓	- Declaração de contagem de tempo de exercício profissional;
Em contextos sem Idoneidade	✓	✓	- Base de dados da Estrutura de

Enfermeiro Especialista	Formativa Acreditada (DPT)			Idoneidades relativa aos Contextos da Prática Clínica de Idoneidade Formativa Acreditada para EPT e DPT.
Formação em área considerada relevante para o papel de supervisor clínico de PTE	Supervisão Clínica	✓	✓	- Informação curricular em formulário próprio disponibilizado pela Estrutura de Idoneidades.
	Ciências da Educação/Formação de Adultos	✓	✓	

(Adaptado de OE, 2011)

No quadro 7, apresentam-se outros critérios de ponderação para candidatos a supervisores clínicos de acordo com o tipo de exercício tutelado e os instrumentos a serem apresentados.

Quadro 7 – Critérios de ponderação da candidatura do supervisor clínico

Critérios de Ponderação		EPT	DPT	Instrumentos
Experiência como formador	Em formações teóricas e teórico - práticas	✓	✓	- Informação curricular em formulário próprio disponibilizado pela Estrutura de Idoneidades.
	Em formações práticas, orientação/supervisão de ensinos clínicos e integração de enfermeiros	✓	✓	
Envolvimento na Profissão	Participação em associações profissionais de enfermeiros	✓	✓	- Informação curricular em formulário próprio disponibilizado pela Estrutura de Idoneidades.
	Participação em projetos ou programas no âmbito da Enfermagem	✓	✓	
	Participação em grupos de trabalho e comissões no âmbito da Enfermagem	✓	✓	
	Trabalhos de investigação realizados no âmbito da Enfermagem	✓	✓	
	Publicação de livros, artigos e traduções / revisões de obras científicas na área da Enfermagem	✓	✓	
	Comunicações no âmbito da Enfermagem	✓	✓	
	Pósteres apresentados e discutidos em reuniões científicas da Enfermagem	✓	✓	

(Adaptado de OE, 2011)

Existem ainda critérios de desempate que serão utilizados sucessivamente, nomeadamente:

- A. “Maior tempo de exercício profissional de idoneidade formativa acreditada;
- B. Maior pontuação no critério “Envolvimento na Profissão”;
- C. Maior pontuação no critério “Formação em área considerada relevante para o papel de Supervisor Clínico de PTE – Supervisão Clínica”;
- D. Maior pontuação no critério “Experiência como formador” (OE, 2011, p.33).

A OE adota um conjunto de critérios para a seleção dos supervisores clínicos, tal como aconteceu no nosso estudo, tornando o processo transparente e, segundo os nossos participantes, legitimando a sua escolha. No entanto, Edwards *et al.* (2005) concluíram que a perceção da qualidade da supervisão foi mais elevada nos enfermeiros que escolheram os seus supervisores e as sessões se realizaram fora do local de trabalho.

É prudente estar alerta para os princípios de uma má supervisão, tais como os que Magnuson, Wilcoxon e Norem (2000) referem:

- “1) Lack of balance – overemphasizing some elements of supervision experiences and excluding others;
- 2) Developmental inappropriateness – supervisors’ failure to recognize or respond to the dynamics and changing needs of supervisees;
- 3) Lack of tolerance of differences – supervisors who attempt to mold supervisees in to small replicas of themselves with no opportunities for innovation;
- 4) Poor modeling of professional and personal attributes, including boundary violations, intrusiveness and exploitation;
- 5) Lack of training – supervisors who conduct supervision without adequate preparation and professional maturity;
- 6) Professional apathy – supervisors who are not committed to the profession are not committed to the growth of supervisees or to future consumers” (p.193).

Scott *et al.* (2006) alertam ainda para dois princípios de má supervisão, nomeadamente o inapropriado uso do poder por parte do supervisor, que pode não ter a

consciência do diferencial de poder que existe e do seu impacto e o facto de os supervisados desenvolverem diferentes graus de dependência dos supervisores.

No MDP, a autonomização gradual do supervisado em contexto profissional centrado na prática clínica e nos processos de tomada de decisão são os objetivos principais do processo superviso, em que o supervisor tem um papel importante a desempenhar em função da aprendizagem do supervisado e do desenvolvimento do seu projeto profissional, incitando-o a ser um elemento dinâmico e comprometido com o seu próprio processo de aprendizagem e de mudança positiva ancorado na sua orientação e *feedback* contínuo. “O supervisor tem a missão de facilitar e apoiar a socialização do supervisado, na equipa multiprofissional e ao seu novo papel (indução e/ou transição socioprofissional), e simultaneamente garantir que este o assume de forma gradual segura e responsável” (OE, 2010, p.5).

A relação supervisiva que se estabelece entre o supervisor e o supervisado é condicionante do sucesso da supervisão, pelo que a OE (2010) refere que esta pressupõe contudo, um certo nivelamento entre eles e se isto poderá não ser um problema em contexto de DPT, tal poderá ser diferente em contexto de EPT, podendo gerar constrangimentos, pelo que o supervisor deve ser capaz de estabelecer uma boa relação interpessoal e,

“(…) é necessário, para isto, desfazer toda uma série de preconceitos em torno do estatuto e do relacionamento entre supervisor e supervisado, tais como: Superior-Inferior; Independente-Subordinado; Professor-Aluno; Avaliador-Avaliado; Fiscalizador-Fiscalizado e pôr em relevo as características, os comportamentos e as atitudes de entreatada de “colegas” num processo em que se procuram atingir os mesmos objetivos, ainda que de planos diferentes: o desenvolvimento de competências profissionais e humanas para uma prática de cuidados mais segura, mais autónoma e de maior qualidade” (p.8).

Os participantes do nosso estudo entenderam que a existência de critérios adequados para a seleção dos enfermeiros supervisores clínicos e as pessoas ‘encaixarem’ no perfil que o *focus group* definiu, foram condições para a SCE.

No que se refere às ‘**competências**’ do enfermeiro supervisor clínico (ver anexo 54), os participantes referenciaram um conjunto delas. Todavia, nesta fase não foi tão vasto

como na fase I, provavelmente por os entrevistados terem tido uma experiência prática de SCE o que lhes permitiu ajuizar acerca da relevância das mesmas para o desempenho do papel. Assim, enumeraram as seguintes:

‘auto supervisionar-se’

“Depois também deve ter capacidade de auto supervisionar-se, não é? Estar em constante questionamento, de si próprio, das suas estratégias, das que usa, das que não usa.” E26; “É importante que o supervisor perceba se a forma como está a atuar também está a ser a mais adequada.” E31

‘comunicador’

“Uma boa comunicação, ganhamos todos, ganha o utente (...) ganhamos nós, que fazemos o nosso trabalho em condições, ganham os colegas que fazem uma passagem em condições, têm tudo ok.” E25

‘ter conhecimentos e experiência’

“Deve ter conhecimentos bem sólidos (...) é preciso crescimento, é preciso experiência, não é? Experiência que se vai adquirindo ao longo do tempo (...) deve ser um enfermeiro da prática, que esteja presente na prática.” E26

‘humilde/discreto/imparcial’

“O supervisor clínico ideal era que fosse alguém que em termos de posicionamento perante as pessoas fosse alguém com muita humildade, (...) muito ponderado.” E31; “Deve ser uma pessoa discreta (...) Deve ser uma pessoa imparcial perante todo o grupo, toda a equipa.” E33

‘líder’

“Deve ter o poder de envolver as pessoas num projeto, eu acho que o principal é isso.” E23; “Ter uma boa capacidade de liderança acima de tudo, (...) gostar de efetivar os outros, de os levar mais à frente.” E26; “Como gestora, uma pessoa que consiga ir de encontro aos objetivos do pessoal, do que a equipa precisa (...) Há pessoas nas equipas que são pilares, líderes, ajudas, recursos.” E33

‘modelo’

“Principalmente ser empenhado, que os outros reconheçam que faz coisas diferentes ou que quer coisas diferentes e que no serviço desempenha uma função diferente dos outros. No fundo é um exemplo mas um exemplo de empenho.” E29

‘observador/avaliador’,

“Que tenha uma capacidade de observação e de avaliação muito grande.” E21

‘relacionar-se’,

“Deve ter um bom relacionamento com a equipa (...) deve ser uma pessoa que realmente, de fácil relacionamento interpessoal (...) uma pessoa colaboradora, portanto no sentido de colaborar com a equipa.” E33

e ‘voluntário’.

“Mas o principal é o supervisor clínico ser supervisor clínico por vontade própria, não ser uma coisa imposta, porque o facto de ser imposto pode condicionar todo o processo.” E34

Já em 1999, Wilson, referia que era necessária uma panóplia de competências para a supervisão ser um sucesso.

Berggreen e Severinsson (2003) afirmam que os supervisores agem como modelos, “(...) they shared both nursing knowledge and ethical codes, and focused on patient related situations. This decision-making style may strengthen the supervisee’s professional identity” (p.621). Bartz (2007), por sua vez, refere que os modelos servem de “(...) catalisadores para a transformação pois instruem, aconselham, orientam e facilitam o desenvolvimento dos outros” (p.7).

Perry (2009) afirma que:

“Exposure to positive role models provides student and novice nurses with “opportunities to master diagnostic and therapeutical skills” (Chow and Suen, 2001, p.350). According to Belinsky and Tataronis (2007) role models teach professional thinking, behaviors, and attitudes. Further positive role modeling facilitates the learner’s development of beliefs and practices that assure the future provision of quality care (Belinsky and Tataronis). Role modeling supports the integration of theory and clinical practice and contributes to the future development of the profession (Price, 2004)” (p.37).

Marquis e Huston (2010) referem que “(...) modelos na enfermagem são aqueles funcionários experientes e competentes” (p.401). As autoras, relativamente aos preceptores, afirmam que quando são eficientes conseguem ser modelos e ajustarem o ensino a cada aprendiz de acordo com a necessidade, pelo que devem ter um conhecimento

aprofundado sobre as teorias de ensino de adultos. Recomendam que se diminua à carga de trabalho dos preceptores, sempre que possível, para que possam estar mais disponíveis para auxiliarem os seus orientandos na solução de problemas e na sua aprendizagem. Referem ainda que o facto de as organizações lhes pagarem incentivos reforça o valor que a organização atribui ao papel desempenhado.

Segundo Simpson e Sparkes (2008), os supervisores efetivos selecionarão as tarefas apropriadas e ajustadas à aprendizagem dos seus supervisados, tais como ensinar, *counselling*, monitorizar assuntos profissionais e éticos, consultadoria, entre outras.

Garrido (2004) concluiu que os enfermeiros valorizam nos seus supervisores competências como a competência profissional, a organização, a capacidade de liderança, a gestão de conflitos, a imparcialidade, o dinamismo, o espírito de equipa, a disponibilidade para estar com os colegas, o saber ouvir, o diálogo, a compreensão e a simpatia. No entanto, no polo oposto, o autor concluiu que os enfermeiros não apreciam que os seus supervisores sejam:

“(…) demasiados flexíveis ou permissivos, desorganizados, revelem pouca capacidade de liderança, baixo nível de exigência. Menos referidos mas, também pouco apreciados pelos supervisados é a falta de diálogo, a parcialidade na avaliação, a incapacidade para gerir conflitos e supervisionar, a incompetência técnica e a falta de objetividade” (p.145).

Garrido *et al* (2008) afirmam que as características do supervisor constituem um fator preponderante no sucesso da formação dos futuros profissionais de saúde, pelo que devem possuir:

“(…) empatia, auto estima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação e de análise e boa comunicação (*feedback*). Ao nível das características profissionais alude-se à competência técnica, à responsabilidade, à liderança, ao planeamento e à organização” (p.62).

Dellefield (2008) alerta que uma supervisão competente requer *skills* na aquisição de conhecimentos, no ensino, na orientação, no conjunto de *standards* e na troca de informação. Powell (2005), a propósito da supervisão das parteiras, afirma que “(…) a proactive, supportive supervisor who has sound leadership, clinical expertise and facilitative

skills can raise standards of practice, develop confident, capable practitioners and demonstrate the value of midwifery supervision (...)" (p.726).

O NHS (2009) refere-se aos supervisores como os líderes da supervisão clínica que são profissionais experientes com credibilidade clínica e que serão capazes de demonstrar um conjunto de competências, tais como:

- "Knowledge and application of reflective practice skills;
- Professional maturity, ie. willingness, openness and confidence to challenge practice issues;
- Understand the issues concerned with personal accountability and responsibility;
- Good interpersonal skills;
- A sound knowledge base in relevant practice field" (p.10).

O International Council of Nurses (ICN) e Sigma Theta Tau International (2009) referem que para existir um *coaching* efetivo são necessárias várias competências, tais como: observar, dar *feedback*, questionar para encorajar a auto descoberta, lidar com as situações, comunicar, construir confiança, definir problemas e resolução de problemas, tomada de decisão e gestão de conflitos. Evidenciam ainda que *The International Coach Federation* dispõe de uma lista de *coaching competencies*, na qual se incluem:

- "Setting the foundation, meeting ethical guidelines and professional standards, establishing coaching agreements;
- Co-creating the relationship – establishing trust and intimacy with the client;
- Communicating effectively – active listening, powerful questioning, direct communication; and
- Facilitating learning – creating awareness, designing actions, planning and goal-setting, managing progress and accountability" (p.27).

O NHS (2010b) refere que os supervisores devem manter "(...) a confidential, non-judgemental attitude and facilitative approach" (p.3). O NHS (2011a) aponta os seguintes atributos gerais que os supervisores devem ter: ser um profissional proficiente e um bom modelo; ser capaz de construir e manter boas relações; ser comprometido com o processo supervisivo e estar interessado no desenvolvimento profissional. Ainda enumeraram as qualidades que os supervisados apontam num bom supervisor, nomeadamente ser de

confiança, ser um bom ouvinte, ser próximo e acessível, estar atualizado, ser analítico, ser honesto, ter conhecimentos e que não faça julgamentos.

O NHS (2009) refere a propósito do supervisor, que este:

“Has the training, knowledge, skills, and authority to monitor the supervision process, to comment on relevant issues, and to take relevant issues outside of supervision when necessary in order to provide the appropriate environment within which the supervisee can learn whilst maintaining the organization’s objectives” (p.9).

Por sua vez, o NHS (2011b) afirma que estes devem ter competências, tais como ouvir, facilitar, refletir construtivamente e orientar profissionais de modo a alcançarem os resultados esperados.

Roth e Pilling (2008) citados por Stevenson e Sloan (2012), enumeram um conjunto de competências genéricas em supervisão que a formação deve permitir que o supervisor adquira, como se pode visualizar no quadro que se segue.

Quadro 8 – Generic supervision competencies

Generic supervision competencies	
<p>1 Knowledge of educational principles which influence learning and skill development</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Knowledge of educational principles which can be applied in supervision. 	<p>5a Structuring supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Knowledge and skills in establishing a professional framework for supervision and in contracting and negotiating boundaries. <p>5b Ability to help supervisee present clinical information</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Knowledge and skills in helping supervisees identify relevant content and to present clinical material. <p>5d Ability to help supervisees reflect on their work</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Knowledge of techniques and processes to evaluate supervision, including eliciting feedback.
<p>2 Ethical and professional practice</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Knowledge of the context within which supervision is provided (including relevant professional, ethical and legal frameworks) ▪ Understanding the ways in which professional and ethical issues are represented in supervision (managing boundaries, confidentiality, managing power differentials). ▪ Understanding issues of difference and diversity in supervision and how these relate to supervision and to be the discussion of casework. 	<p>5d Ability to give accurate and constructive feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Knowledge of the principles which relate to giving effective feedback. ▪ Skills in giving constructive but accurate feedback. ▪ Skills in using a range of methods to gain information and give feedback (for example, self-report, audio and video tapes, colleagues and client reports).
<p>3 Competence in working with difference</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Knowledge and skills to help supervisees identify the relevance of difference to their practice, and to integrate this thinking into their work. 	<p>6a Assessing supervisee competence</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Knowledge of potential sources of bias in evaluation. ▪ Knowledge and skills in specifying and applying criteria for gauging competence. ▪ Knowledge on relevant criteria and standards set by professional bodies, including assessment procedures relevant to different levels of qualification.
<p>4 Ability to take into account the organizational context for supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ability to adapt the supervision to the organizational setting in which the supervisees work. 	<p>6b Using objective measures to gauge progress</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Knowledge and skills relevant to supporting the administration and interpretation of objective measures. ▪ Knowledge and skills to integrate feedback from objective measures into supervision.
<p>5 Developing and maintaining a working partnership</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Understanding the importance of a safe environment for facilitating learning and the factors that affect the development and maintenance of a good supervisory relationship. ▪ Skills and experience in developing and maintaining a supervisory alliance. 	<p>7 Ability for the supervisor to reflect</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Awareness of any limitations in their own training and experience, in the development of supervisory skills and the implications of these for further training.

Fonte: Roth & Piling, 2008 citado por Stevenson & Sloan, 2012, p. 29

Tal como na fase I, os participantes do nosso estudo referiram ainda como competência ser **'aceite pelos pares'**,

"Deve ser uma peessoa que é bem aceite por todos os outros." E21; "O supervisor tem que ser uma pessoa que em primeiro lugar de tudo, tem que ser bem aceite, estar bem aceite pela equipa." E24; "Caraterísticas pessoais que eu considero importantes, sendo elas, (...) ser aceite pelo grupo, (...) deve ser aceite pelos seus pares, acima de tudo, se estivermos a falar de supervisão clínica de pares, deve ser acima de tudo aceite pelos seus pares e ser reconhecido." E26

que, na nossa perspetiva, traduz o resultado de um conjunto de competências que o supervisor tem e que lhe permitem esta condição perante os seus pares.

No que se refere às **'áreas formação'** (ver anexo 55) que o supervisor clínico deve ter, os participantes apontaram a formação em **'SCE'** como área de eleição.

"Noto, é que ter formação em supervisão, é algo que diferencia - a forma como a pessoa se aproxima do supervisionado, a postura e compreende com maior facilidade e clareza aquilo que lhe é exigido." E32; "Eu acho que o supervisor clínico tem que ter formação em supervisão clínica inevitavelmente (...) é mais fácil as pessoas aceitarem se for uma pessoa com formação na supervisão clínica." E34

e **'outras'** áreas, nomeadamente a formação em pedagogia,

"A área da pedagogia agora todos têm, penso eu, também era importante que tivessem." E21

e a área de especialização onde exercer funções,

"Sim, (...) e depois na área em que desempenha funções." E35;

Já em 1999, Getz afirmava que a formação dos supervisores era muito importante. Kelly *et al.* (2001) alertam para a adequabilidade e efetividade da formação, aliás, consideram a formação para supervisores e para supervisionados como fundamental por influenciar a qualidade da prática supervisiva.

Leigh, Douglas, Lee e Douglas (2005) alertam que há um consenso geral acerca da necessidade de programas de *preceptorship*, contudo,

"(...) to date there is little empirical evidence that evaluates the effectiveness of such programmes. Evaluation of such quality improvement initiatives is essential in the current United Kingdom (UK) healthcare climate, where limited resources are available for the

implementation of professional development programmes and where the on-going necessity is to ensure that staff are adequately trained and supervised (p.509).

A propósito dos programas para *coaches*, o ICN e Sigma Theta Tau International (2009) afirmam que existe uma variedade de programas para quem deseja ser *coach*. Estes programas vão desde a frequência de um *workshop* focalizado no desenvolvimento de competências de *coaching* à frequência da graduação em *coaching*. Como componentes principais de um *Coach Training Programme* consideram os conteúdos, os métodos/atividades de aprendizagem e as estratégias de avaliação.

Por sua vez, o NHS (2011b) refere que os supervisores devem ser preparados e, para tal, os *Trusts* têm programas disponíveis. Watkins (2012) é de opinião que uma prática competente de supervisão requer que o supervisor tenha algum treino ou formação, pois a experiência por si só não basta.

Goin (2006) citado por Watkins (2012) afirma que a aprendizagem, a formação, o crescimento e o desenvolvimento do supervisor não devem parar após ter recebido algum treino de como fazer supervisão. “Ideally, supervisor development is an active, vital, lifelong educational process and commitment that is joyously and relentlessly pursued with vigor and determination” (p.77). No entanto, o autor alerta para o facto do processo de desenvolvimento do supervisor, a sua trajetória e as suas experiências serem um mistério pelo que na sua perspetiva esta é uma área de interesse e pouco estudada (Watkins, 2012).

No Caderno Temático da Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (OE, 2011), a OE preconiza que, após a criação da Bolsa de Candidatos para supervisores clínicos, deve convocar os candidatos para realizarem formação específica em supervisão clínica de PTE. A convocatória deve ser formalizada em documento próprio e que o profissional tem que assinar.

Para a fase de implementação do MDP, propõe como critério prioritário para a convocatória:

“(…) o facto de se exercer em contexto da prática clínica de idoneidade formativa acreditada (com possibilidade de expansão da capacidade formativa) ou em processo de

acreditação (quando nesse contexto não existam já pelo menos 2 supervisores clínicos de PTE certificados pela OE)” (p.19).

De acordo como o mesmo Caderno Temático,

“O candidato convocado pela Estrutura de Idoneidades para a Formação Específica em supervisão clínica de PTE, aceitando, ingressa no dispositivo de formação em *B-learning* e desenvolve nele o seu percurso formativo, nos moldes em que vier a ser definido. Configuram-se, ao longo deste percurso, momentos de balanço e de avaliação que marcam o seu progresso e determinam, no final, a emissão, ou não, de um Certificado do programa *B-Learning* de Formação Específica em Supervisão Clínica de PTE. (...) O enfermeiro detentor deste certificado ingressa na bolsa regional de supervisores clínicos e é contabilizado para efeitos de capacidade formativa.

Primeira Experiência Acompanhada enquanto supervisor clínico de PTE

A primeira experiência de supervisor clínico de PTE desenvolve-se com o acompanhamento próximo de um supervisor clínico de PTE mais experiente da instituição/serviço e em articulação com a Estrutura de Idoneidades (via bolsa regional de supervisores clínicos). Esta primeira experiência de supervisor clínico de PTE enquanto período formativo considerado, desenvolve-se seguindo programa próprio” (p.19).

Em Portugal, para desempenhar as funções como supervisor clínico de PTE, o enfermeiro tem que ter um averbamento na cédula profissional que o habilita ao desempenho dessas funções e que traduz um conjunto de passos que são necessários percorrer para tal.

No que se refere ao **‘desempenho do papel’** (ver anexo 56), os participantes referiram-se essencialmente às dificuldades a ele inerentes e à congruência entre o que se espera do desempenho do enfermeiro supervisor clínico e a sua *performance* na realidade.

“Se for uma pessoa que até pode ter muita formação mas depois a equipa não reconhecer (...) quanto mais não seja as pessoas vão tentar (...) no início as pessoas tentaram um bocado deitar abaixo (...) bater de frente.” E24; “É uma novidade para mim e estar no papel de supervisora também é tudo novo, depois é a supervisão de pares que também é uma novidade e agora motivar uma equipa que também já por si está desmotivada do local onde trabalha (...) foram dificuldades acrescidas (...) o que eu senti mais dificuldade foi na motivação (...) dos colegas.” E28

Clough (2003) afirma que a falta de supervisores treinados e a relutância dos profissionais em discutirem a sua prática com outros constituem barreiras à supervisão clínica.

Mehr, Ladany e Caskie (2010) referem que a pouca efetividade da supervisão está relacionada com fatores frequentes, tais como:

“(…) – reações negativas ao supervisor (Banks & Ladany, 2006; Hess et al., 2008; Ladany et al., 1996; Pisany, 2005; Yourman & farber, 1996),

-preocupações de avaliação (Ladany et al., 1996; Hess et al., 2008 ; Pisani, 2005),

-desacordo com o supervisor (Youman &Farber, 1996),

-atração pelo supervisor (Pisani, 2005), e

-sentimentos positivos acerca do supervisor (Banks & Ladany, 2006)” (p.104).

Jones (2006) refere que alguns enfermeiros se preocupam com determinados elementos da supervisão possivelmente pelo medo de serem dominados por outros e pela sua *performance* profissional.

Mehr, Ladany e Caskie (2010) apontam áreas adicionais para a baixa eficácia da supervisão embora não tão comuns como as anteriores que mencionamos, nomeadamente

“-assuntos pessoais do supervisionado (Banks & Ladany, 2006; Ladany et al., 1996),

-erros clínicos (Ladany et al., 1996; Hess et al., 2008; Yourman & Farber, 1996), e

-sentimentos negativos acerca dos clientes (Yournam & Farber, 1996) ” (p.104).

Ainda de acordo com os mesmos autores, as razões para estes efeitos nos supervisionados foram investigadas e incluem:

“-uma fraca aliança supervisiva;

-deferência com o supervisor;

- medo de suicídio político,

-percepção do supervisionado que o assunto é do foro pessoal ou que envolve sentimentos negativos (Ladany et al., 1996),

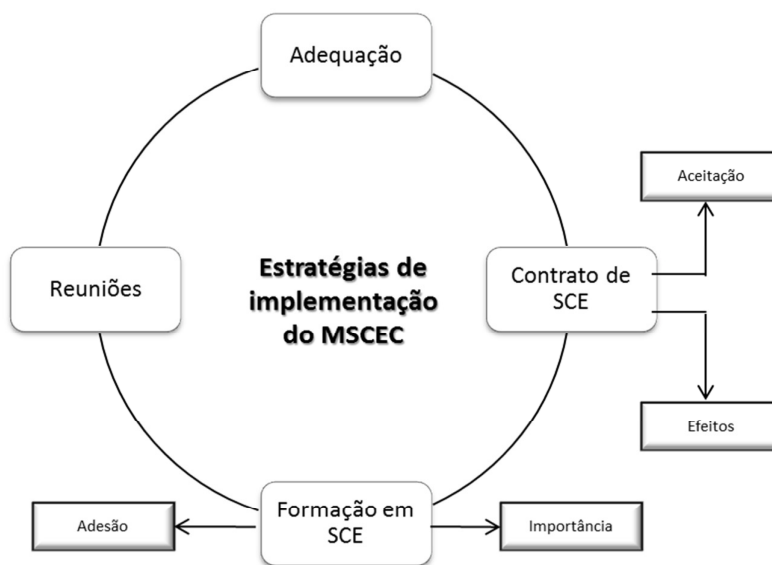
- impressionar a gestão (Banks & Ladany, 2006; Ladany et al.,1996),
- visão do supervisorado que o assunto não é importante ou que é irrelevante (Banks & Ladany, 2006; Ladany te al., 1996),
- evitar avaliação negativa (Farber, 2006; Ladany et al., 1996),
- reação potencialmente negativa do supervisor (Banks & Ladany, 2006) e
- situação que envolva elevado potencial de vergonha ou de embaraço (Yourman & Farber, 1996) ” (p.104).

Os participantes do nosso estudo apontaram a resistência à mudança como uma dificuldade do papel que desempenharam e a novidade das funções como uma dificuldade, dada a desmotivação de alguns enfermeiros dos serviços.

6.5.2.2.3 – Estratégias de Implementação do MSCEC

Do tema ‘*estratégias de Implementação do MSCEC*’, emergiram quatro categorias: ‘*adequação*’, ‘*contrato de SCE*’, ‘*formação em SCE*’ e ‘*reuniões*’, bem como algumas subcategorias.

Figura 18 – Representação esquemática do tema ‘*estratégias de implementação do MSCEC*’



No que se refere às estratégias utilizadas para a implementação do MSCEC, os participantes ajuizaram da sua **'adequação'** (ver anexo 57),

"Mantinha [as estratégias]." E19; "A formação, o planeamento das sessões, apresentação do focus group para ter diretivas para as pessoas, acho que está bem." E21; "Para mim [as estratégias] estão adequadas, de todo" E25; "Estão adequadas, se bem que deveriam ter sido reforçadas. Julgo que não foi suficiente a propaganda, a publicidade que foi feita." E26; "As estratégias foram ótimas e depois então o que é que acontece, avançamos mais rapidamente, a gente conseguiu avançar por ter sido tudo uma boa programação e essa programação ter boas estratégias." E30

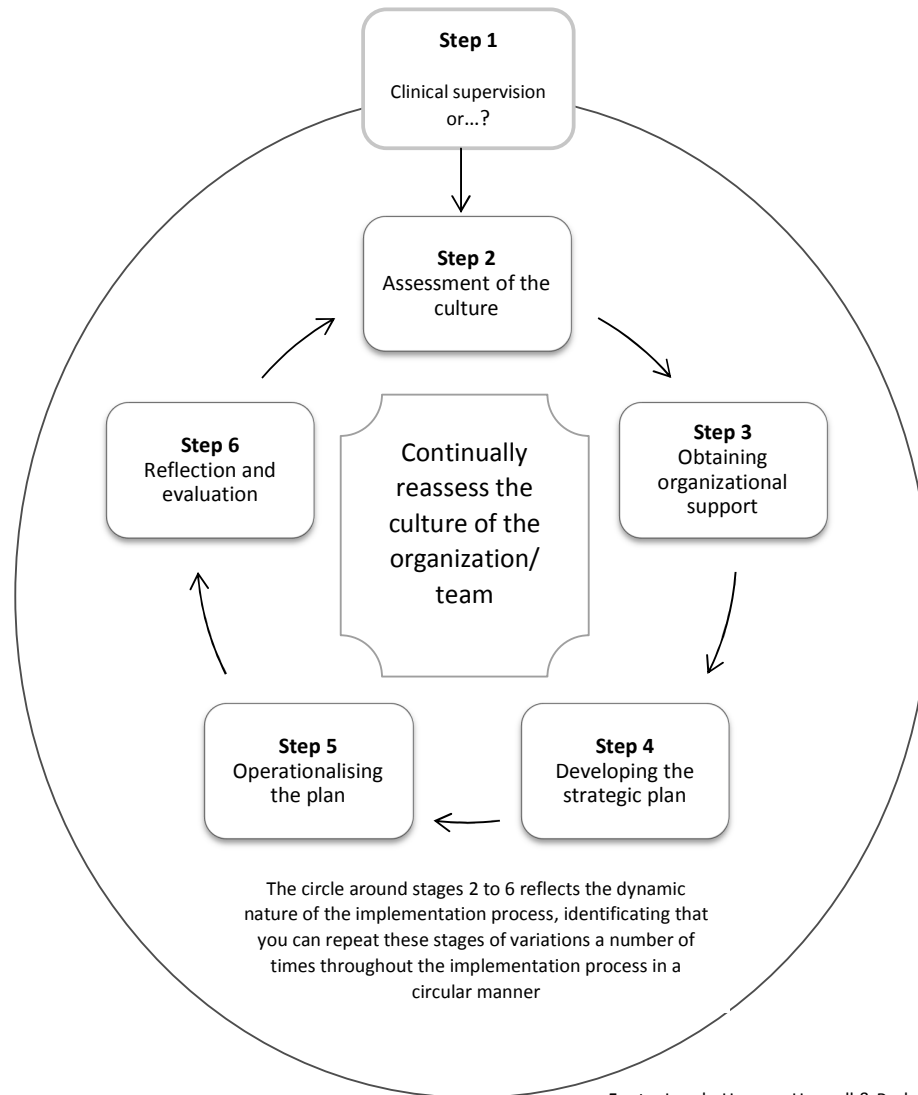
Os participantes foram unânimes acerca da adequação das estratégias utilizadas. Todavia, um deles foi de opinião que dever-se-ia ter feito mais 'propaganda' e 'publicidade' do estudo que estava em curso no CHMA.

Em 1998, Bond e Holland elaboraram um guia para a implementação da supervisão, identificando os papéis que cada um deve desempenhar. Enumeraram os seguintes passos: definir supervisão clínica, envolver o *staff*, formação e treino para supervisores e para supervisados, supervisão para os supervisores e desenvolvimento de orientações para avaliação, monitorização e apoio.

Driscoll (2000) descreveu também uma abordagem para a implementação da supervisão, enfatizando as 'forças' que existem na cultura da organização que tanto facilitam/apoiam a implementação ou, por outro lado, lhe resistem, abrandando-a ou, até mesmo, impedindo-a.

Lynch e Happell (2008b) referem que a sustentabilidade da supervisão exige um envolvimento contínuo da organização, pelo que as mesmas autoras (2008a) apontaram a falta de uma política clara e de liderança no que diz respeito às orientações para a formação, para o treino, para os modelos e instrumentos de avaliação enquanto barreiras para o sucesso da implementação da supervisão. Afirmam que o processo de implementação é gradual e contínuo "(...) where the strengths and weakness of a culture must be systematically identified and addressed accordingly" (Lynch & Happell, 2008b, p.58). De acordo com elas (2008c), o modelo de Lynch é um modelo reflexivo e orientado para a ação composto por seis etapas como se pode visualizar na figura que se segue.

Figura 19 – Clinical supervision for your organization – the Lynch model of implementation



Importa referir que a implementação da supervisão clínica não pode ser feita *ad hoc*, pois só contribuirá para o seu insucesso. O nosso estudo delineou um conjunto de estratégias para o processo de implementação, acreditando que por esta via o sucesso seria mais facilmente alcançado.

No que diz respeito ao *'contrato de SCE'* (ver anexo 58), os participantes referiram aspetos ligados à sua *'aceitação'*,

“No início até achei que se calhar que eles não iam aceitar muito bem o contrato, mais uma responsabilidade porque eles quando veem papéis e não sei quê...vêm para aqui para o serviço fiscalizar e lá tenho eu que assinar um contrato.” E20; “Eu penso que aqui as pessoas terem assinado ou não, é indiferente, porque a atitude das pessoas ia ser igual, noutros grupos não sei.” E21; O contrato, inicialmente fiquei com algumas dúvidas mas depois com a sua explicação consegui entender melhor o que é que queria dali (...) eu acho que é por desconhecimento das próprias pessoas daquilo que se pretende da supervisão, para mim é importante as pessoas formularem um contrato.” E34; “Eu acho que mudava o contrato. Não punha o contrato (...) assinar um contrato, (...) acho que não era preciso a assinatura.” E35

e aos seus **‘efeitos’**,

“Responsabilizou-os, o que achei ótimo (...) realmente, trabalhar assim é a melhor forma para todos, responsabilizou-os a todos, somos todos responsáveis e isso é muito importante. (...) Foi importante, foi (...) é um vínculo. As pessoas comprometem-se e as pessoas comprometeram-se de uma forma escrita e não vamos dizer que não é importante, é importante, claro que é importante. Eu acho que é fundamental.” E20; “As pessoas sentiram-se um bocado, não vale nada, não vale nada, mas houve compromisso (...) a nossa assinatura é um bocado a nossa identidade e é assim, compromete.” E24; “As pessoas assumirem um compromisso, porque um contrato está assinado por 2 pessoas mas o contrato não tem só um assinar um compromisso, tem muito a ver com o elucidar e de facto aquilo que é o modelo e o compromisso que as pessoas têm perante aquilo e desmistifica logo muito do trabalho da supervisão (...) este contrato, para mim, foi uma mais-valia, veio por assim dizer, dar uma maior valorização ao modelo em si, as pessoas veem que aqui de facto não é uma coisa de fazer por fazer, é uma coisa que de facto estão duas pessoas a assumirem um compromisso, o supervisor e o supervisionado.” E30

O contrato ou acordo de supervisão clínica é uma ferramenta prática e fundamental na SCE. Lynch, Hancox, Happell e Parker (2008) afirmam que “(...) the clinical supervision agreement is one safeguard” (p.190). Este ajuda não só o supervisor e o supervisionado a prepararem-se para o processo mas também a comprometerem-se com ele. As autoras alertam que os profissionais frequentemente reagem com receio ou suspeição quando chega a altura de o assinar: “Often this can make us feel compelled or coerced, like we are binding ourselves to some type of legal contract. Most of the documents we sign in our lifetime signify long-term commitments and legal obligations” (p.191). Neste contexto, os supervisores devem estar preparados para despenderem algum tempo a clarificar o contrato aos supervisionados e devem dar-lhes tempo para o analisarem e refletirem de modo a que se sintam confortáveis com o documento. As autoras recomendam que ambos guardem uma cópia do documento e que este deve incluir um conjunto de conteúdos, tais como:

- a definição de supervisão clínica ou a descrição do seu objetivo, propósito ou função;
- assuntos que não são apropriados para serem alvo de discussão na supervisão clínica;
- expectativas do supervisor clínico e do supervisionado;
- referência ao código de ética profissional ou aos *standards* para a prática;
- revisão e término da relação supervisiva – as revisões devem ocorrer após 10 sessões ou 3 ou 6 meses conforme aplicável;
- política ou procedimentos específicos da organização relacionados com supervisão clínica.

Clough (2003) refere que, no início da relação supervisiva, quando se celebra o contrato os limites devem ser claramente definidos e as responsabilidades profissionais do supervisor e do supervisionado devem ser do conhecimento de ambos. Howatson-Jones (2003) alerta que “(...) contracting is an important starting point for supervision in that it makes explicit the expectations of all parties” (p.40).

O ICN e Sigma Theta Tau International (2009) afirmam que no *coaching agreement* se explicita a especificidade da relação, o processo, o âmbito, as responsabilidades e que é importante que quer o *coach*, quer o cliente tenham claro as expectativas mútuas.

O NHS (2010b), no que se refere às orientações para a supervisão clínica, propõe um acordo escrito que suporte a supervisão clínica e que inclua pressupostos, objetivos, tempo para a supervisão, frequência, local, o processo de cancelamento e os papéis que definem o supervisor e o supervisionado. Consideram de extrema importância que os termos do acordo estejam explícitos, documentados no contrato e que sejam entendidos por ambas as partes. Desta forma, o contrato proporciona a base para uma relação baseada na confiança mútua e no entendimento, tornando o processo supervisivo numa experiência dinâmica de desenvolvimento de acordo com as necessidades dos participantes.

O NHS (2011a) recomenda que, antes de iniciar a relação supervisiva, supervisor e supervisionado celebrem um contrato escrito. Este deve incluir o modelo de supervisão, a frequência e a duração das sessões, as considerações éticas e legais, incluindo os limites da

confidencialidade, o método e a frequência da avaliação e o acordo para o método de gravação e posse dos registos.

Por sua vez, o NHS (2011e) indica que é da responsabilidade do supervisor assegurar que o contrato é negociado e desenvolvido em parceria com o supervisionado na primeira sessão e que este conhece a política de supervisão daquele *Trust*.

O contrato é uma ferramenta de supervisão clínica utilizada nos locais onde esta é uma realidade e, segundo os participantes do nosso estudo, responsabiliza os intervenientes do processo supervisiivo.

No que diz respeito à **'formação em SCE'** (ver anexo 59), os participantes referiram-se relativamente à sua **'adesão'**,

"Houve uma adesão muito grande à formação, muito grande mesmo, eu fiquei bastante admirado com as questões que eu ouvi, ouvi no refeitório, falavam comigo, enfim, achavam que o projeto era bastante engraçado." E19; "Acho que quase toda a gente foi." E25; "Primeiro, o facto de se ter feito formação a todo o CHMA." E31

e à sua **'importância'**,

"Aquele questão da formação de base inicial, aquelas horas que foram feitas para toda a gente acho que foi muito importante." E19; "A formação acho que foi ótima porque deu logo para as pessoas esclarecerem um bocado o que é supervisão, que não é andar a controlar, nem a vigiar ninguém, a formação tinha mesmo que começar por aí, porque senão o trabalho sem formação não!" E27; "Faz-me sentido fazer formação inicial sobre uma matéria que vai ser desenvolvida e que depois vai ser aplicada, porque foi exatamente na formação inicial que eu me apercebi da supervisão clínica, e tanto foi, que até fui fazer o curso de pós graduação em supervisão clínica em enfermagem (...) acho que é importante fazer formação inicialmente, até porque depois quando foi instaurado o processo no terreno, as pessoas já terem uma noção do que é que vai acontecer e isso pode funcionar como um elemento facilitador (...) foi realmente uma janela aberta para as pessoas, porque é assim se calhar a supervisão não é muito conhecida, a supervisão clínica em enfermagem, pelo menos o trazer até às pessoas, o conceito e de uma forma global do que é que se trata na supervisão poderá eventualmente ter sido um elemento que despoletou o interesse não digo que não e não digo que não existam outros interesses. Mas eu acho que sim. O estímulo julgo que sim." E34

Hancox, Lynch, Happell e Biondo (2004) afirmam que há alguma evidência que suporta a necessidade de formação adequada para assegurar que a supervisão clínica é uma experiência positiva e que os eventuais aspetos negativos sejam reduzidos. Os resultados do estudo que realizaram, com o objetivo de avaliarem um programa de supervisão clínica (Clinical Supervision for Health Care Professionals desenvolvido pelo Centre for Psychiatric Nursing Research and Practice), concluíram que um programa de formação pode ter um impacto favorável na atitude dos participantes face à supervisão clínica, tornando-os mais confiantes nos seus conhecimentos e competências podendo levá-los a envolverem-se mais no processo supervisorio. No nosso estudo, tal como os participantes referenciaram, a adesão foi grande o que denotou o interesse pela temática e provavelmente o empenho na participação do estudo.

Lynch, Hancox, Happell e Parker (2008) referem que até há pouco tempo era muito difícil encontrar um programa de treino em supervisão clínica, pelo que, na ausência de uma definição clara que orientasse a sua implementação, um leque de cursos foram desenvolvidos sem quaisquer *standards* ou recomendações acerca da sua duração e conteúdos. As autoras sugerem um conjunto de aspetos a questionar antes de decidir que curso frequentar, tais como:

- duração;
- objetivos;
- conteúdos, e nestes incluir:
 - a distinção da supervisão clínica de outros tipos de supervisão e funções clínicas;
 - a importância da supervisão clínica para a enfermagem e para o cliente dos cuidados;
 - a necessidade de uma implementação sistemática da supervisão clínica;
 - abordagens à supervisão clínica;
 - modelos de supervisão clínica;
 - ética e deontologia;
 - competências e conhecimentos para o supervisor clinico efetivo;
 - competências e conhecimentos para o supervisionado efetivo;

- a avaliação da supervisão clínica.
- métodos de ensino/aprendizagem a usar;
- flexibilidade do conteúdo;
- se é interno ou externo à instituição onde exercem funções.

Clifton (2002) citado por Lynch e Happell (2008a), sugere que “(...) education is best provided by external consultants who are not aligned or seen to be aligned with the philosophies or structures of the organization concerned” (p.58), tal como aconteceu no nosso estudo.

No que se refere às **‘reuniões’** (ver anexo 60) que se realizaram ao longo de todo o percurso de IA, a opinião dos participantes foi unânime acerca da sua necessidade e importância.

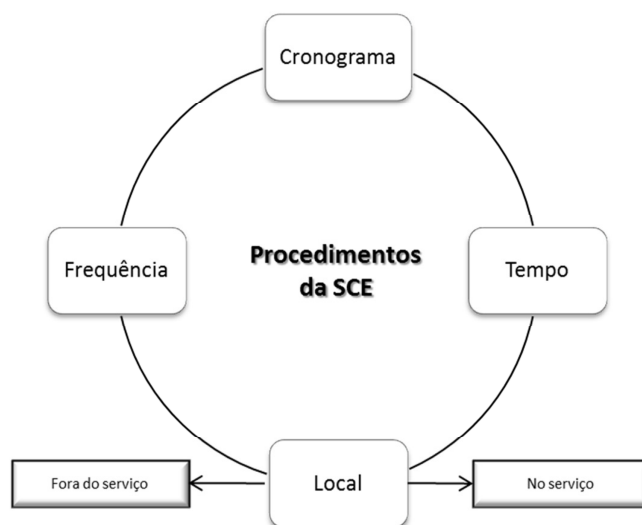
“ (...) essas reuniões foram todas positivas do meu ponto de vista, todas (...) de resto, as reuniões eu penso que correram bem, da minha parte eu acho que poderia ter ido a mais reuniões mas era muito difícil.” E19; “Às próprias chefias foi-lhes apresentado, ainda me recordo do primeiro dia em que a Sandra lá esteve (...) não vejo onde pudesse ter trabalhado mais ou eventualmente o que é que pudesse fazer de forma diferente porque atingiu todos os patamares, chefias intermédias, chefias superiores, chefia intermédia e depois, os próprios elementos do serviço que receberam formação específica dada por si (...) tiveram oportunidade para por questões e isso pareceu-me evidente que houve espaços para isso, tiveram um período de reflexão necessariamente antes até de começarem o próprio trabalho de campo.” E22; “O tipo de reuniões, mesmo as que eram com os supervisores major acho que sim, foi uma mais-valia. Acho que nós sentíamos um bocado o apoio.” E24.

As reuniões proporcionaram um espaço de debate e de esclarecimento muito importante para a implementação do MSCEC. Como foram muitas reuniões ao longo de todo o processo, os enfermeiros foram-se sentindo cada vez mais à vontade para questionar e intervir, fazendo perguntas pertinentes e dando opiniões valiosas sobre a supervisão clínica em geral e a implementação do MSCEC em específico.

6.5.2.2.4 – Procedimentos de SCE

Do tema ‘*procedimentos de SCE*’, emergiram as seguintes quatro categorias: ‘*cronograma*’, ‘*tempo*’, ‘*local e frequência*’, como se pode visualizar na figura que se segue.

Figura 20 – Representação esquemática do tema ‘*procedimentos de SCE*’



O ‘*cronograma*’ das sessões de SCE (ver anexo 61) não foi fácil pela quantidade de enfermeiros das equipas e pela necessidade de desdobramento dos grupos de supervisados de modo a não destabilizar as dinâmicas pessoais e dos serviços, à exceção do serviço de Pediatria cuja equipa de enfermagem tinha poucos elementos. Conscientes das dificuldades, planificámos antecipadamente em parceria com os enfermeiros supervisores clínicos, as sessões de SCE para os seis meses e demos a conhecer o cronograma a todos os enfermeiros dos serviços seleccionados para que pudessem fazer os ajustes necessários aos horários, sem prejuízo das regras instituídas nos serviços e sem prejuízo para a vida pessoal de cada um.

“Quando nós temos as datas já previamente definidas encaixavam ali e alterávamos o horário para que a pessoa pudesse fazer (...) sempre que fazia o horário já sabia. Sim e o desdobramento que fizemos embora que fosse complicado porque nós tínhamos sempre que ver quem era o grupo de quem (...) o que até nos dificultou muito foi a história das greves (...) [as supervisoras] grande preocupação que tinham em marcarem as datas, em andarem sempre preocupados, mesmo por exemplo, a situação da greve podia ser uma situação que não digo que destrísse o trabalho (...) porque isso aconteceu mais do que um mês (...) podia ser uma situação que a Sandra dissesse assim por motivos de greve não conseguimos fazer mais nenhuma reunião e isso não aconteceu. As greves obrigaram-nos a andar a alterar

às vezes o próprio horário e a passar as datas para outras datas.” E22 “Sim, isso [a planificação] ajuda as pessoas a planearem também.” E23; “Foi bom, foi, porque é assim, a gente já sabia no fundo, logo ao início com o que contava para o tempo todo. Assim, não achei que fosse muito difícil.” E24

Apesar do cronograma das sessões ter sido feita antecipadamente, durante o período de implementação, existiram vários momentos de greve dos enfermeiros, tal como se pode constatar pelas unidades de contexto/registo anteriores, aos quais vários elementos aderiram, contudo eles próprios reagendaram as sessões para outros dias (o que traduz a relevância que os enfermeiros atribuíram às sessões), o que levou a algumas reformulações do planeamento elaborado, não só no que refere aos dias marcados para as sessões de SCE, mas também ao local onde estas iriam decorrer.

No que se refere ao **‘tempo’** despendido nas sessões de SCE (ver anexo 62), os participantes fizeram referência que apesar de estar estipulado 1h30min para as sessões, estes, muitas vezes, ultrapassaram o tempo que lhes foi concedido pela instituição dada a necessidade e a pertinência do debate nas mesmas, pelo que para além das horas que a instituição atribuiu aos enfermeiros para participarem nas sessões, estes também ‘utilizaram o seu tempo’ para a referida participação.

“Excedeu para além da hora e meia.” E22; “A duração foi muito mais do que aquela que estava prevista, não foi? Prolongávamo-nos ali, precisávamos de mais tempo para desabafar, para partilhar questões que nos vão atormentando individualmente.” E26; Acho que até a duração, nós tínhamos estipulado 1h30min que era para não ser muito cansativo, às vezes até se prolongou, porque eu acho que também conseguimos superar as expectativas.” E27; “A duração eu acho que sim. Acho que até se nos deixassem, nós estendíamos por mais tempo porque temos tantas coisas a discutir.” E28.

Relativamente ao **‘local’** das sessões de SCE (ver anexo 63), os participantes no estudo continuam a ter opiniões divergentes. Uns consideram que as sessões devem ser **‘fora do serviço’**,

“Não, não creio que esteja adequado - o local principalmente. O local, devia ser fora do serviço, de forma a eles estarem mais à vontade, partir mais pedra, se calhar (...) poderia eventualmente ser cá no Hospital mas numa sala de formação (...) estão-se a formar, em vez de estarem no serviço, estão lá.” E20; “Na sala de reuniões, essa era o ideal sempre porque aí estávamos extra serviço, não é sempre o abre e fecha a porta e a gente está lá, acho que sim (...)” E25

e outros consideram que devem ser **'no serviço'**.

"O local esteve bem." E27; "Não vi inconveniente nenhum, acho que as pessoas se sentem à vontade no local." E28; "Aqui no serviço, acho que esteve ótimo. Sabemos que este gabinete é partilhado por muita gente mas é o que temos e acho que é o lugar ideal, primeiro porque as pessoas estão a trabalhar e porque é mais fácil, está dentro do local de trabalho e é mais fácil." E35

A dinâmica e os recursos dos próprios serviços/instituição têm influência nas condições proporcionadas para a supervisão clínica. Nem sempre as salas de reuniões fora dos serviços estiveram disponíveis para as sessões de SCE por causa da sua taxa de ocupação e por causa das alterações que foram necessárias fazer para compensar os dias das greves dos enfermeiros.

No que diz respeito à **'frequência'** (ver anexo 64), os participantes consideraram que esteve bem, contudo, alguns deles referiram que as sessões de SCE podiam ter sido mais frequentes.

"Mais juntas as sessões, acho que não, para não sobrecarregar e saturar as pessoas. De dois em dois meses acho que está bem, num programa assim a longo prazo, acho que está bem." E21; "Até faz sentido posteriormente que esses espaços sejam mensais, eu sempre defendi um bocadinho isso como espaços de reflexão que pudessem funcionar e que estivessem integrados dentro de uma prática habitual da equipa." E22; "Falando contra mim, como nós temos a vida muito ocupada com tudo aquilo que nos é exigido é um bocado complicado obter tempo, mas acho que podiam ter sido mais frequentes (...) houve algumas que eu até achei se calhar espalhadas (...) acho que essas reuniões que houveram como eram todos e com a Sandra e com os supervisores, eu acho que foi excelente também para as pessoas, não só compreenderem o papel do estudo no serviço mas também perceberem, haver partilhas de opiniões, de reflexão. Deviam ser mais frequentes." E32

Edwards *et al.* (2005) afirmam que o tempo, o local e a escolha dos supervisores pelos supervisados são elementos importantes para uma supervisão efetiva.

Lynch, Hancox, Happell e Parker (2008) referem que o conforto pessoal terá impacto no sucesso da supervisão em grupo pelo que o local onde a sessão ocorre deve ser escolhido com atenção. As autoras recomendam que as cadeiras sejam confortáveis para todos e que estejam dispostas em círculo na sala. O local deve ser sossegado, privado e na porta deve existir uma sinalética para não interromper a reunião. Aos participantes deve ser recordado que devem desligar os telefones. As autoras consideram importante que a reunião seja

realizada ligeiramente distante do local de trabalho de forma a que os participantes não ouçam o que se passa na enfermaria durante a sessão, pois “(...) hearing what is happening outsider of the session can hinder group members’ concentration and may make them feel guilty that they are not involved in direct care and are leaving all of the hard work to others” (p.82).

O NHS (2009) dispõe de um conjunto de orientações que o plano das sessões deve conter, designadamente:

- Nome dos participantes;
- Frequência e duração das sessões. Se possível, deve existir o plano das sessões para o ano seguinte;
- Documentos dos assuntos discutidos na sessão.
- Cláusula de confidencialidade. Os limites da confidencialidade devem estar explícitos no contrato de supervisão. O grupo deve ter consciência de quando se pode quebrar a confidencialidade e as razões para tal. Aliás, têm mesmo uma ‘cláusula tipo’ para ser usada nos contratos:
 - “All issues discussed will be in confidence, unless there is anything disclosed that affects the wellbeing of the supervisee or is detrimental to patients, professional practice, the team or the organization” (p.12).

Refere ainda que a logística inerente a cada sessão é importante e deve ser cuidadosa. A sessão deve ser acordada e assinada pelo supervisor e pelo supervisionado.

O NHS (2010b), nas orientações para a SCE, recomenda que se identifique um tempo ‘específico’ (dentro do tempo profissional contratado) para as sessões, que cada uma tenha uma duração mínima de 60 a 90 min a cada seis/oito semanas e que seja providenciado um tempo e um local conveniente ao supervisor e ao supervisionado.

Cross, Moore e Ockerby (2010) afirmam que o tempo é uma das maiores barreiras à implementação da supervisão clínica num serviço hospitalar dada a imprevisibilidade associada aos cuidados aos clientes e à rotação dos profissionais, pelo que referem que a supervisão clínica não é vista como uma prioridade.

O NHS (2011e), no que se refere às responsabilidades do supervisor clínico, afirma que este deve ser pontual nas sessões de SCE e que deve avisar se houver atraso ou cancelamento da sessão. No contrato de supervisão que deve ser assinado por ambos há espaço para colocar a frequência, a duração e o local que as partes devem acordar. Referem que o tempo para as sessões deve incluir 10min no início para o *feedback* da sessão anterior e comunicar aspetos relativos à agenda da sessão e 10min no fim para dar o *feedback* geral relativo ao processo superviso. No entanto, *feedback* é muito mais do que expor o processo e a *performance* de cada um. Segundo Fowler (2011b), o *feedback* deve ser dado de acordo com o *sandwich feedback model*, que não é mais do que estabelecer os factos, identificar o que esteve bem e o que esteve mal e em conjunto, ir em frente, tornando-se, desta forma, num apoio efetivo ao outro e numa estratégia fundamental na supervisão.

O NHS (2011b) afirma que a supervisão clínica deve ser assegurada mensalmente para todo o staff do serviço/departamento e é da responsabilidade do enfermeiro chefe a sua existência.

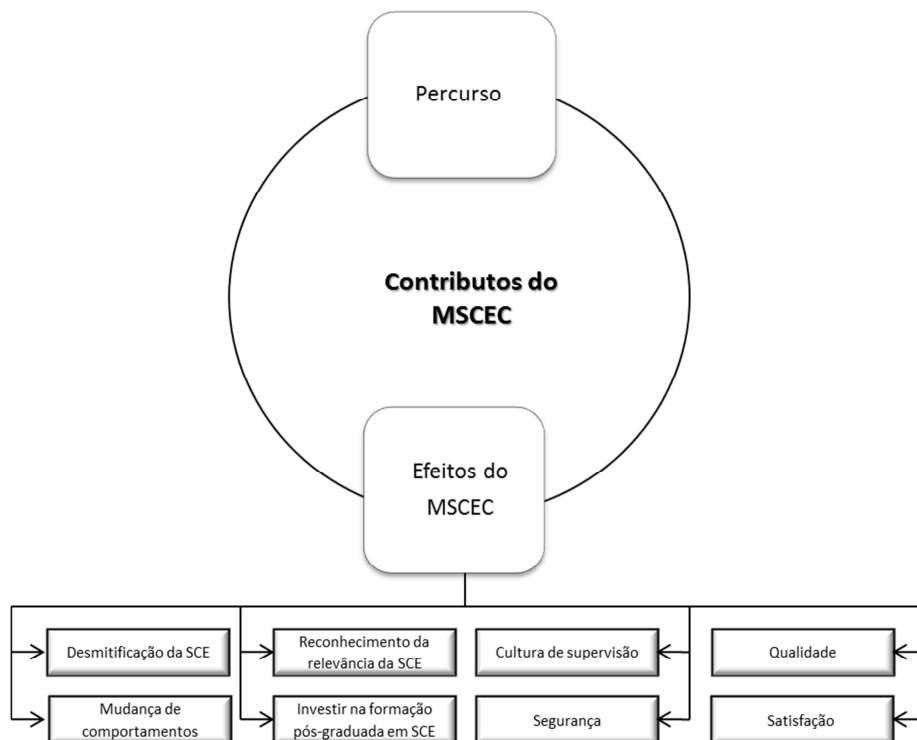
Jackson *et al.* (2007) citados por Koivu, Hyrkäs e Saarinen (2011), referem que nas sessões de supervisão clínica, os enfermeiros podem participar ativamente no desenvolvimento da prática e aumentar a sua resiliência pessoal, reduzindo a sua vulnerabilidade face à adversidade do local de trabalho.

Importa referir que no nosso estudo houve, em todas as sessões, um registo de presenças quer para os enfermeiros supervisionados, quer para os enfermeiros supervisores clínicos. Se os supervisionados previam faltar a alguma sessão, avisavam os seus supervisores e tentavam trocar o dia da sessão que estava programado, o que aconteceu algumas vezes, mas que em nada perturbou o funcionamento das mesmas.

6.5.2.2.5 – Contributos do MSCEC

Do tema ‘*contributos do MSCEC*’ emergiram duas categorias, nomeadamente ‘*percurso*’ e ‘*efeitos do MSCEC*’ com várias subcategorias, tal como se pode visualizar na figura 21.

Figura 21 – Representação esquemática do tema ‘*contributos do MSCEC*’



A referência ao ‘*percurso*’ (ver anexo 65) de investigação desenvolvido no CHMA foi mencionada por um dos participantes que, no seu discurso, destacou a relevância da área temática em questão, a aceitação do trabalho por parte dos profissionais da instituição, o voluntariado de uma equipa para participar no estudo e a avaliação positiva que fez de todo o percurso apesar de ter sido longo.

“Eu pessoalmente aceitei-o muito facilmente até porque era um projeto que eu gostava que avançasse porque é uma área que eu acho que é importante nós termos nos hospitais e se calhar também nos cuidados de saúde primários (...) depois de o ter apresentado achei que as pessoas até aceitaram bastante bem (...) achavam que o projeto era bastante engraçado (...) claro que eu gostava que aquilo avançasse no hospital todo (...) a perceção nos dois serviços que ficaram e depois mais o terceiro, a pediatria, que voluntariamente pediu para entrar e eu achei

muito bem até porque é uma equipa pequena (...) e achei que era importante estarem e também se as pessoas se voluntariaram é porque tinham disponibilidade para e queria e portanto achei que era importante. (...) Que correu bem, eu sabia, e sabia que o projeto que ia demorar porque um doutoramento é sempre uma coisa muito demorada não é um mestrado, 2, 3 às vezes mais anos.” E19

É importante referenciar que a OE (2010) afirma que:

“Escasseiam estudos nacionais que suportem evidência ao nível das práticas de supervisão em enfermagem em contexto de indução profissional ou de formação profissional contínua. A este nível, e no nosso País, têm-se desenvolvido trabalhos sobretudo no campo das Ciências da Educação e ao nível da supervisão pedagógica” (p.5),

pelo que a ‘atração’ por este estudo de IA, centrado no desenvolvimento de um modelo de SCE que melhor sustentasse as exigências do exercício profissional dos enfermeiros, foi natural até pela inovação que ele propunha.

Os participantes do nosso estudo enumeraram diversos **‘efeitos do MSCEC’** que vão desde a **‘desmistificação da SCE’** à **‘segurança’** (ver anexo 66). À semelhança de Pereira (2007), perspetivamos os resultados obtidos como uma ‘linha de base’ ou **‘start point’** para a fixação de objetivos e metas que possam ser atingidos por via da adoção da SCE em geral e do MSCEC em específico.

No que se refere à **‘desmistificação da SCE’**, os participantes do nosso estudo referiram:

“Eu acho que quando fizemos esta entrevista no início eu tinha, eu tinha uma ideia diferente, penso eu, diferente da supervisão do que tenho agora por aquilo que vi.” E21; “É assim, eu não acho que nós tenhamos dado grandes passos ainda (...) inicialmente estavam-me sempre a dizer – ‘ai tu agora és supervisora, mandas em mim’ e agora acabou todo esse tipo de coisas acabou, é pacífico, as pessoas aceitam naturalmente.” E24; “No início (...) os supervisados, de uma maneira geral, sentiram-se ameaçados pela supervisão, só o conceito (...) já era tipo uma ameaça.” E25; “Supervisão clínica não me dizia nada ou dizia-me pela própria palavra, seria algo de controlo, no sentido limitativo, pronto ou primitivo. Agora não, agora supervisão clínica eu vejo algo que é de suporte, que é de proteção, de segurança, de dinamismo, de melhoria, de melhoria de qualidade dos cuidados e de relação que se estabelece de forma segura a nível profissional cujos objetivos passa pela segurança dos cuidados mas também pela evolução da própria carreira.” E32; O pior foi mesmo mentalizar as pessoas e fazê-las ver (...) tirar-lhes o macaco da supervisão. Isso foi muito forte. Foi um trabalho muito grande (...) há sempre quem

não aceite, aceitaram e acham bem. (...) As pessoas quando entenderam isto, que era disto que se tratava, acalmaram e trabalharam.” E35

A literatura descreve que a falta de um entendimento comum sobre a natureza e o propósito da supervisão clínica é uma barreira *major* à sua efetividade (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Paunonen-Ilmonen, 2002; Howatson-Jones, 2003; Cleary & Freeman, 2005; Green-Lister & Crisp, 2005; Kilcullen, 2007; Koivu, Hyrkäs & Saarinen, 2011). Barker (2012) refere, a propósito da supervisão das parteiras no Reino Unido, que esta, para a maioria das pessoas, está ligada à gestão e ao comando. Acresce ao exposto que existem inúmeras definições de supervisão clínica o que contribui para a sua confusão e falta de eficácia: “Indeed, NHS Evidence at the Health Information Resources (formerly, the National Library for Health), lists some 7362 references to clinical supervision” (White & Winstanley, 2010b, p.75).

Lynch, Hancox, Happell e Parker (2008) referem que um claro discernimento do que é a supervisão clínica continua a ser difícil e que a ausência de uma definição universalmente aceite resultou em mal entendidos ou mitos associados à supervisão clínica.

Tal como referenciamos na fase I do nosso estudo, ao termo supervisão, é habitualmente atribuída uma conotação negativa por estar associada à ideia de inspeção e de avaliação. Barker (2012) é de opinião que para alguns profissionais a supervisão continua a ter uma vertente negativa e sugere que a causa se deve à sua falta de transparência.

O nosso estudo evidencia que, inicialmente, os enfermeiros supervisionados perspetivaram a supervisão como uma ameaça tal como Clouder e Sellars (2004) chamam à atenção “Practitioners might perceive clinical supervision to be a threatening form of surveillance because it is formalized and has been seen as a top-down initiative” (p.267). No entanto, no nosso caso, como o *focus group* foi envolvido no desenvolvimento do MSCEC, os supervisores mantiveram a confidencialidade dos assuntos tratados na supervisão clínica e nas sessões de SCE os enfermeiros chefes não participaram, resultou que a noção de avaliação e de fiscalização foi-se desvanecendo e os enfermeiros passaram a ‘olhar’ para a SCE como uma oportunidade de melhoria.

O NHS (2011b), no seu documento Policy: C16 – Clinical Supervision for Nurses, chama à atenção para o que não é supervisão clínica e que importa referenciar, pois guarda relação direta com os receios iniciais descritos pelos participantes; Assim, a supervisão clínica não é:

- “uma forma de disciplina;
- um meio para fazer reclamações;
- uma oportunidade para reprimir uma *performance* pobre;
- uma oportunidade para criticar outros membros que não os da equipa;
- um tempo para gastar horas de trabalho e
- uma pausa para falar de banalidades em geral ou ‘fazer fofoca’” (p.9).

Alguns destes aspetos foram referidos na fase I e, nesta fase, os participantes referenciaram as mudanças que ocorreram.

Bush (2005) afirma que alguns profissionais não reconhecem a necessidade de supervisão e são relutantes em deixarem as velhas rotinas e hábitos de trabalho. No nosso estudo, os participantes enumeraram como efeito do MSCEC a **‘mudança de comportamentos’** que notaram nos enfermeiros quer a nível dos supervisores, quer a nível dos supervisados.

“Isto serviu também para juntar as pessoas, porque acabou por juntar as pessoas, acabou por pôr as pessoas a trabalhar e foi muito notório (...) foi interessante ver que as pessoas que há uns tempos atrás aparentemente estavam colocadas de fora e portanto até nem estavam, e desta vez já estavam elas a oferecer-se e portanto eu acredito que tenha sido também este trabalho que tenha feito isso no sentido em que as pessoas viram que tinham que ter outro tipo de postura e envolvimento dentro do trabalho do grupo e do serviço.” E22; “Vejo mesmo nos meus comportamentos (...) há meio ano atrás, há um ano atrás, decerto não me preocupava com isto, e não estava com este olhar desta maneira, via, olhava, mas olhava como uma pessoa que não é enfermeira, e que não está a pensar que pode refletir nos cuidados que está a ter para melhorar a qualidade daquilo que está a fazer (...) ajudou pelo menos a nós pararmos, refletirmos sobre os cuidados que estamos a prestar e dizer, eu posso fazer muito bem mas ainda posso melhorar! E então vemos realmente a refletir-se no nosso trabalho, mas eu vejo em mim e vejo colegas, as supervisadas, também a fazer e a falar já em coisas que não se falava.” E27; “Achavam que realmente nas reuniões se falava de coisas graves e que isso os incentivava a mudar (...) há muita gente que mudou atitudes, noto perfeitamente, que mudou, por exemplo, a tirar a medicação e chatear-se com o barulho, ao menos já se chateiam com o barulho, com a barulheira.” E29; “Mudaram, têm consciência que estavam mal, mudaram mas têm sempre que desvalorizar sentem

necessidade disso (...) a [X] ainda hoje estava a dizer, a parte que escolheu como reflexão (...) levar um tabuleiro e ela estava a dizer que realmente deve ser assim, já viste mesmo para nós para a nossa postura é muito melhor entrar na sala com um tabuleiro do que levar as seringas na mão, ou seja, ela fez uma reflexão e com isso mudou.” E29

As unidades de contexto/registo evidenciam a alteração de comportamentos que ocorreu durante a implementação do MSCEC e que tendencialmente vai de encontro aos princípios da supervisão que o NHS (2009) preconiza, tais como:

- “A supervisão deve ser segura e de suporte. É um tempo para discutir necessidades, assuntos e preocupações individuais;
- Todos os componentes da supervisão devem empenhar-se para ajudar o supervisionado a refletir na sua prática;
- A supervisão é um processo recíproco que permite que a informação, os pensamentos e sentimentos possam ser trocados e partilhados;
- O principal propósito da supervisão é assegurar que a qualidade do serviço prestado aos clientes é tão apropriada e efetiva quanto possível;
- A supervisão deve assegurar as necessidades dos clientes dos serviços enquanto assegura que o *staff* tem o apoio que precisa para desempenhar as suas funções;
- A supervisão é considerada uma boa prática para todo o *staff* (...)” (p.11).

Relativamente ao **‘reconhecimento da relevância de SCE’**, os participantes enfatizaram que:

“A supervisão no sentido mais do apoio e do suporte à prática tendo como objetivos, cada vez profissionais que exercem melhor o seu exercício profissional, melhor a sua prática de enfermagem, que melhorem a sua prática de enfermagem, que funcione como momento de reflexão da prática do profissional e portanto no fundo acaba por permitir que os erros e tudo isso que depois nós associamos negativamente à supervisão, não é, acabem por também estar diminuídos necessariamente, não é, mas não é o objetivo (...) supervisão é dentro da prática de enfermagem um apoio, um suporte reflexivo ao exercício profissional, ao exercício de enfermagem. (...) Uma hora e meia num mês não é nada e isto [SCE] se calhar é muito em termos de ganho para a equipa.” E22; “É uma ferramenta, é uma estratégia para que se consiga atingir sempre uma melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos, pelo apoio, pelo suporte que vai facultar, pelo acompanhamento, pelo contínuo estimular do pensamento crítico – reflexivo dos intervenientes, quer do supervisor, quer do supervisionado e depois aquilo é mútuo, cíclico, portanto eu reflito como levo a refletir e depois aquilo deve ser contínuo (...) é um suporte, é um apoio, é uma forma de acompanhar e de cuidar do próximo, dos nossos pares, dos pares se

sentirem bem, se sentirem cuidados, a qualidade dos cuidados que prestamos vai ser melhor.” E26; “A supervisão é um bocado tipo o papel que as mães têm de orientarem, de dizer qual o caminho certo para se ter o melhor comportamento, aqui não é o melhor comportamento mas os cuidados de melhor qualidade, não é, ou melhorar os cuidados que se está a prestar mesmo sendo bons. O supervisor funciona um bocado como o orientador, como eu estava a dizer como a mãe que está a dizer ‘olha tu estás bem mas se seguides por este caminho decerto ainda ficas melhor’, a supervisão é um bocado isso, é orientar, é ajudar a ter cuidados melhores e de melhor qualidade e a valorizar mais a enfermagem.” E27

Lynch, Hancox, Happell e Parker (2008) afirmam que a supervisão clínica é um processo válido para o bem-estar dos enfermeiros enquanto indivíduos e enquanto profissionais. No entanto, por vezes, é criticada por ser acerca dos enfermeiros em vez de ser acerca dos clientes. Todavia, as autoras alertam que cuidados de qualidade só serão prestados se valorizarmos o bem-estar dos profissionais que os providenciam.

O NHS (2009) aponta um conjunto de aspetos pelos quais a supervisão clínica é necessária e que são idênticos aos descritos em 2006, nomeadamente:

- “Rever, refletir e receber orientação na prática;
- Proteger o cliente;
- Assegurar uma prática competente;
- Monitorizar e salvaguardar *standards*;
- Identificar, desenvolver e partilhar competências práticas;
- Rever e refletir em questões clínicas;
- Refletir sobre os incidentes críticos;
- Diminuir sentimentos de isolamento e distresse;
- Aumentar sentimentos de responsabilidade e de compromisso no desenvolvimento da prestação dos cuidados;
- Manter a perspetiva de fronteiras profissionais e assegurar que essas são entendidas na relação profissional/cliente;
- Expressar emoções ou sentimentos dolorosos relacionados com o trabalho;
- Assegurar que os *standards* éticos e legais são mantidos” (p.9).

Hancox, Lynch, Happell e Biondo (2004) são de opinião que a supervisão clínica foi identificada como uma importante estratégia de encorajamento do desenvolvimento profissional e do suporte que os enfermeiros necessitam.

O NHS (2010b) refere que a supervisão clínica aumenta a confiança e a competência, permite que os profissionais tenham uma prática segura e efetiva e contribui significativamente para um serviço profissional de elevado nível de qualidade para o cliente/organização.

No documento Clinical Supervision for Health Professionals, o NHS (2011a) perspetiva a importância da supervisão a nível do profissional, da organização e do cliente. Relativamente ao profissional, refere que a supervisão clínica é acerca do apoio, do desenvolvimento de competências, do desenvolvimento pessoal e do conjunto de *standards*. No que diz respeito à organização, afirma que valoriza o *staff*, diminui os níveis de morbilidade do *staff*, melhora a cultura de trabalho, salvaguarda os *standards*, possibilita alcançar metas e fazer a gestão do risco. No que se refere ao cliente, aponta benefícios diretos, como o facto de os clientes serem cuidados por profissionais com mais conhecimentos e competências e, no que se refere aos benefícios indiretos, refere que, ao longo do tempo, estes beneficiaram de uma equipa com elevada confiança.

O NHS (2011d), no documento Clinical Supervision Policy: version 2:1, refere que o objetivo *major* da supervisão clínica é assegurar os melhores padrões de cuidados aos clientes por profissionais confiantes, competentes e apoiados na sua prática.

Acerca da importância da supervisão, McColgan e Rice (2012) referem que:

“Supervision is important as it makes reflective practice a reality. This reflective practice can be considered in three ways:

- Restorative (Support) – concerned with how the nurses responds emotionally to the stresses of working in a caring environment. To develop autonomy and self-esteem as a professional.
- Normative (Accountability) – concerned with how the nurse maintains and ensures effectiveness in practice. The nurse is enabled to identify areas for development.
- Formative (Learning) – concerned with developing the knowledge, skills and attitudes of the nurse through problem solving and divergent thinking using a reflective model”
(p. 37).

‘Investimento em formação pós graduada em SCE’ foi um dos efeitos que os participantes atribuíram ao MSCEC.

“Mas já tem lá algumas pessoas que se interessaram e penso que algumas, algumas das que estão supervisoras do [serviço X] estão a fazer a supervisão [Curso de Pós Graduação em SCE], a [Z] está a fazer, a [K] está a fazer, penso que mais alguém está a fazer, não tenho a noção de toda a gente.” E19; “E nós tivemos [frequência do Curso de Pós Graduação em SCE] a nossa pós graduação.” E26; “Foi exatamente na formação inicial [formação inicial feita pela investigadora] que eu me apercebi da supervisão clínica, e tanto foi, que até fui fazer o curso de pós graduação [em SCE] portanto acho que se nunca a enfermeira Sandra tivesse vindo cá...” E34

Lynch e Happell (2008a) referem que a formação e o treino dos enfermeiros é um ingrediente essencial para a implementação da supervisão clínica. No nosso estudo, vários enfermeiros dos serviços selecionados, quer os que estiveram no papel de enfermeiros supervisores, quer os que estiveram a ser supervisionados, sentiram a necessidade de adquirirem e aprofundarem conhecimentos e competências em SCE e decidiram frequentar formação pós graduada em SCE, o que aconteceu durante a implementação do MSCEC.

Os participantes referiram como efeito o estabelecimento de uma **‘cultura de supervisão’**

“Em termos de avaliação, a avaliação, necessariamente, é uma avaliação positiva. Agora se me disser assim pode-se fazer mais e melhor, acredito que sim. Acredito que sim porque também começamos do zero, é preciso ter esta noção, as pessoas do zero começaram a ter um comportamento, até porque agora era muito normal a reunião, ou seja, nesta fase final a reunião da supervisão já era uma rotina, como outra reunião qualquer. Já era: ‘Quando é que tens a reunião da supervisão? Quando é que tens a reunião?’ já era algo que fazia parte da prática não era nada que estava para além de, e tudo isso também é positivo.” E22; “(...) Já se viu que é proveitoso e que se calhar é por aí o caminho, acho que as pessoas estão a começar a ter uma cultura de supervisão. Se calhar quem vem de novo agora e se for integrado num grupo de supervisão seja ele qual for e como for, se calhar é assim, é natural (...) quem vem novo, já existe (...) está-se a começar a ganhar o hábito de falar nestas coisas. (...) logo a primeira coisa, eu acho que contribuiu para isso, para a cultura de supervisão. (...) Acho que seria importante assim como nós aqui em pouco tempo notamos algumas melhorias por pequeninas que sejam, até notamos algumas melhorias, se calhar se fizesse parte, se estivesse implícito na profissão, se calhar as melhorias ainda seriam mais, é assim seria normal, acabava por ser uma coisa normal, natural da profissão, acho que era importante.” E24

Com o nosso estudo, desmistificaram-se aspetos negativos da SCE, pelo que esta começou a ser e a fazer parte da vida profissional dos enfermeiros, criando-se, desta forma, uma cultura de supervisão, de partilha e de aprendizagem. Fowler (2011a) refere que não há uma maneira de fazer supervisão mas que existem alguns princípios que devem ser atendidos, nomeadamente:

- A supervisão clínica permite ao profissional focalizar-se num aspeto particular da sua prática clínica de uma forma que habitualmente não acontece;
- É caracterizada pela reflexão prévia à ação e tem implicação para a ação futura;
- O supervisor clínico normalmente desafia o supervisionado a pensar para além da sua rotina de trabalho;
- O supervisor clínico oferece apoio e aconselhamento;
- O supervisionado tem tendência a aprender formas alternativas de exercer a sua prática e de adquirir competências específicas;
- O supervisor clínico estará interessado na qualidade da *performance* do supervisionado e oferecer-lhe-á *feedback* construtivo.

Segundo o autor, se interiorizarmos os princípios da supervisão clínica, podemos ver como ela faz parte do dia-a-dia em qualquer altura e com qualquer pessoa.

Stuart (2003) refere que:

“When the clinical environment provides a culture where learning and professional development take place, it becomes a positive learning environment where the atmosphere becomes one where there is a commitment to lifelong learning. Staff develops a commitment to seek to learn for themselves and to share their learning with one another” (p.20).

Os participantes referiram-se à **'segurança'**,

"Até eu, me apercebo agora a deitar atenção a coisas que não valorizava (...) agora nas gavetas, só que ninguém ligava a isso, começa a vir um soro fisiológico de 100 cc juntamente com [X] e porque será? (...) Se fosse noutra altura ninguém ligava, nós diluímos [X] em água destilada, porque é que vem o soro? Liquei à farmácia, a farmácia explicou porquê (...) e o que é que eu fiz, pedi a bula, pedi tudo e pus no serviço e disse é para passar, é para toda a gente ler (...) eu acho que estão mais atentas e que ajudou um bocado a refletir e a pensar em alguns cuidados que eram prestados e que ajudou a refletir e as pessoas a dizer realmente alarmou e chamou à atenção (...) foi positivo nesse aspeto desde que começou (...) foi positivo muitas pessoas conseguiram refletir nos cuidados que prestam e achar que, e há coisas simples, já vi pessoas que nós fomos falando nas reuniões, que faziam [procedimentos] sem se equiparem, não punham uma bata e nós como fomos falando nisso nas reuniões [sessões] e já tivemos pessoas a vestirem-se, aquilo ouviram e aperceberam-se que não estavam a fazer mesmo sem ninguém ter dito és tu, e já vi pessoas de bata vestida, de touca." E27; "Pelo facto da supervisão estar implementada veio-nos dar este empurrãozinho do pensar até ao agir (...) conseguimos uma coisa que trabalhávamos há muito, que foi implementar um novo método de trabalho, que é o método individual (...) quando a equipa viu que o método individual, sentiu que isto era o melhor para o serviço, a nível de conhecer melhor os nossos doentes, a organização do nosso tempo, e eu falo por mim, não saímos daqui tão cansados como se vissemos tensões a trinta doentes, tirássemos medicação para trinta doentes. Eu acho que os ganhos foram maiores do que o mal que nós passámos para os conseguir. Foi o grande ganho com a supervisão clínica, foi a mudança da metodologia de trabalho e as pessoas tomaram consciência de outros problemas, do serviço e começámos a discutir e tentar entre nós arranjar soluções, só que depois algumas coisas ficam no papel ou no pensamento. (...) nós estamos a agitar muitas coisas que estavam adormecidas em todos nós." E28; "O erro existe, as más práticas existem, nós não podemos achar que estamos num estado de graça e, isto é um instrumento que pode contribuir para a diminuição das más práticas, do erro e para contribuir para uma melhoria da imagem da própria profissão." E31; "Nem que tenha sido pela mudança do método de trabalho acho que por aí já valeu muito. (...) A supervisão clínica é um dos mecanismos de segurança direta dos cuidados." E32

à **'qualidade'**,

"Isso [padrões de cuidados] era uma coisa que era muito importante até porque eu tinha queixas das utentes precisamente sobre o ensino porque o ensino não era coerente (...) isso faz muita confusão às pessoas, muita confusão, muita, muita, isso era uma referência (...) basta ter um quião e dizer assim é isto que se diz (...) isso está e penso que vai continuar e era um dos indicadores que nós tínhamos dos padrões da Ordem era o ensino, precisamente por causa dessas incoerências." E19; "(...) Todos, todos eles, engraçado, estão todos a trabalhar para um objetivo comum, que é a melhoria dos cuidados, os

protocolos, a melhoria da organização do serviço, sei lá, eles estão todos motivados para o mesmo objetivo. Cada um dentro do seu tema mas todos motivados (...) demonstra que realmente houve uma interligação.” E20; “ (...) Acabou por funcionar aquilo que eu sempre defendi, que eram sessões [SCE] que também poderiam servir para de facto em termos de prática, haver uma prática profissional melhor, e aí eu acho que funcionou muito, sinceramente.” E22; “Todo este tipo de processo em que há um acompanhamento, em que há um objetivo, que é melhorar a qualidade, ultrapassar obstáculos sempre com vista a que as pessoas tenham um melhor desempenho (...) se temos um modelo muito bom é claro que a sua implementação tem que dar bons resultados e isso viu-se através de facto do feedback que nós tivemos por parte dos supervisores e dos supervisados, perante o interesse dos supervisados em participar nas próprias reuniões e de trazerem para as reuniões de facto aquilo que era importante e que pelos vistos contribuiu já para a valorização e melhorar os cuidados dos próprios supervisados, viu-se que de facto houve muita adesão por parte dos supervisados e interesse (...) só temos um resultado muito positivo, um resultado bom muito bom porque não tivemos um descuidar por assim dizer das partes que estavam envolvidas, tivemos de facto, um reforço das partes envolvidas e que foi positivo.” E30; “A supervisão clínica é um passo à frente em termos da evolução da melhoria dos cuidados.” E31; “Melhor ambiente, melhor ambiente de equipa, melhores cuidados, melhorar os cuidados, melhorar o ambiente de equipa. Não há nem A nem B nem C. O grupo tem que fazer assim e vamos trabalhar para que possamos estar todas de igual, para melhor exercício profissional e melhores resultados, o que interessa é quem vai beneficiar com melhor trabalho, melhor formação, melhor ambiente, não é? Ao fim e ao cabo isto vai tudo ter ao utente, isto acaba sempre ali.” E35

e à ‘satisfação’ como efeitos do MSCEC.

“Exatamente, não houve conflito e houve colaboração. A percepção que tenho é que houve colaboração. Houve bastante colaboração (...) estou contente por isso (...) agora, junto com os serviços, pareceu-me que o feedback que eu tive disso foi sempre muito bom, não tenho, não tenho nenhuma informação de que foi mal aceite, nenhuma mesmo (...) no geral a avaliação é muito boa, eu gostei, gostei bastante da forma como as coisas avançaram e daquilo que me foi transmitido, que me foi sendo transmitido. (...) Agradeço imenso (...) às vezes havia algumas vozes que me diziam ‘ai tantos inquéritos, tantos questionários, tantos não sei o que’ mas eu acho que era importante as pessoas estarem e nunca tinha acontecido nenhum doutoramento e para já é uma área que eu aprecio particularmente porque acho que é importante e achei e agarrei com unhas e dentes, digamos assim, isto, e pronto andou, na medida do possível andou, houve também colaboração das pessoas e acho que foi muito positivo do ponto de vista dos serviços e até mesmo do Conselho [de Administração] foi muito bom e eu também fico contente e quero assistir à defesa da tese.” E19; “Motivou-os, alteraram alguma orgânica do serviço, foi ótimo, foi excelente, coisas que nós já estávamos a tentar implementar há montes de tempo (...). No global, excelente (...) foi lançada a semente que estava muito muito necessitada disso. (...) Acho que isto é uma mais-valia para quem está no serviço, e para

todos os profissionais, que veem as coisas muito mais, mais observação, para eles mesmo, é ótimo, que eles crescem muito (...) no global - excelente - numa palavra só. É assim, no meu serviço, dos outros não posso falar, isto foi excelente, a Sandra lançou a semente (...) realmente isto é para nosso bem, é para bem da equipa, é para bem do serviço e que se todos juntos trabalhássemos para isto, todos juntos íamos lucrar mais e acho que no fim foi essa ideia que acabou por ficar.” E20; “Para mim foi um prazer muito grande (...) da parte que me toca, sabe bem o quanto passei portanto acompanhou um bocadinho o processo e ainda mais me sinto bem, porque o facto de ter sido escolhida foi um gozo muito grande também, percebe, como serviço.” E22; “Sinto que eles estão motivados no que estão a fazer (...) e nota-se que eles estão motivados e estão contentes e é uma mais-valia, é uma coisa de muito interesse para o nosso serviço, e que também nasceu disto e gostei (...) agradeço a oportunidade, gostava de ter feito mais do que o que fizemos.” E25; “É muito importante criar motivação e criar liderança dentro do grupo (...) se houver uma liderança que saiba motivar as pessoas (...) as pessoas fazem as coisas com gosto, por realização pessoal, para contributo da melhoria das coisas e acho que isso também foi conseguido pela Enfermeira Sandra e acho que também é legítimo e é a altura certa também para o dizer e isso também criou em nós aquilo que é o motor de tudo, que é a motivação (...) agora fico contente que realmente tenha podido contribuir porque foi esse o meu objetivo.” E31

Estes efeitos, que os participantes (atores com diferentes funções e papéis na Instituição) atribuíram ao MSCEC, são o culminar de um período de trabalho intenso em que o seu desenvolvimento e processo de implementação foram o centro dos esforços de todos. Segurança, qualidade e satisfação talvez sejam o expoente máximo do MSCEC que confirmam o que a literatura descreve como benefícios da supervisão clínica. Gooch (2012) refere que “(...) extraordinary measures are not required - just good supervision of well-trained and properly resourced teams, working in harmony with their organization’s core purpose and in partnership with their patients” (p.19). Segundo a autora, existe uma relação direta entre a ausência de liderança em enfermagem, a insatisfação dos clientes com os cuidados prestados e os maus resultados clínicos. Assim, propõe que enfermeiros seniores líderes, tal como se esperam que sejam os enfermeiros supervisores, estejam próximos à liderança clínica e, por esta via, salvaguardem os padrões de cuidados. Bons líderes (supervisores) promovem oportunidades para as suas equipas expressarem as suas frustrações acerca das barreiras que enfrentam à prestação de cuidados de excelência, tal como aconteceu no nosso estudo. Acresce que, no nosso caso, não se ficaram só pela expressão das frustrações e tentaram encontrar soluções para elas e para os problemas.

Marquis e Huston (2010) referem as qualidades que definem os líderes servis, nomeadamente:

- “Capacidade de escutar com atenção e de realmente compreender;
- Capacidade de manter a mente aberta e escutar sem julgar;
- Capacidade de lidar com ambiguidade, paradoxos e questões complexas;
- Crença que o compartilhamento real de desafios importantes com todos os envolvidos, bem como solicitar a sua contribuição, é mais importante do que oferecer soluções pessoais;
- Clareza quanto a metas e habilidade em apontar a direção para seu alcance, sem dar ordens;
- Capacidade de ser, em primeiro lugar, alguém que serve, auxilia e ensina para, então, liderar;
- Sempre pensar antes de reagir;
- Escolher as palavras com cautela para que não causem dano aos liderados;
- Capacidade de usar a habilidade de prever e intuir;
- Analisar as situações em seu todo, percebendo suas relações e conexões” (p.73).

Desiluda-se quem pensa que a SCE é a solução para todos os problemas, não é, mas não deixa de ser uma ferramenta indispensável na resolução de muitos deles, para além de se constituir como o motor para a segurança, qualidade e satisfação. No entanto, existem muitas barreiras à sua implementação que, na nossa IA, parte delas foram contornadas pela parceria com a instituição e pelas estratégias de implementação delineadas, o que traduz da necessidade de formalização e de comprometimento de todos, desde a organização ao enfermeiro, no sucesso da implementação da SCE. Estar consciente dos obstáculos à implementação é uma forma para os poder minimizar ou eliminar. McKenna, Thom, Howard e Williams (2010) apontam os seguintes obstáculos a ter em conta na implementação: disponibilidade e qualidade dos supervisores; falta de bases de dados que identifiquem os supervisores qualificados e disponíveis; supervisão irregular sem contratos formais ou política de supervisão; constrangimentos financeiros e dinâmicas de poder entre supervisores e supervisados que podem criar tensões na relação supervisiva.

A qualidade e a segurança dos cuidados são dois aspetos essenciais da excelência em saúde e, segundo Moore e Waters (2012), a qualidade dos cuidados é mesmo a prioridade de qualquer organização de saúde. A mudança no sentido da qualidade requer motivação de

todos os intervenientes. Segundo Marquis e Huston (2010), a relação interpessoal que se estabelece entre supervisor e supervisor é fundamental para o nível motivacional do supervisor mas também do supervisor. As autoras chamam à atenção que:

“Costumamos esquecer que a única forma de alcançar nossas metas é por meio das pessoas que trabalham conosco. Assim, embora os chefes não consigam motivar diretamente os empregados, podem criar um clima de trabalho que demonstre consideração positiva para com eles, encoraje a comunicação franca, além do crescimento e da produtividade, bem como reconheça suas conquistas” (p.451).

No nosso estudo, os enfermeiros chefes permitiram que a SCE funcionasse e que os supervisores pudessem desempenhar o seu papel eficazmente, desta forma, o clima que se vivenciou nos serviços foi um clima de aprendizagem, de identificação e solução de problemas e ainda de melhoria contínua da qualidade. “O sucesso de uma estratégia motivacional é medido pelo aumento da produtividade e dos benefícios à empresa e pelo crescimento da pessoa, o que a motiva a novas conquistas” (Marquis & Huston, 2010, p.456). No entanto, Abreu (2007) alerta que os hospitais e as instituições de saúde geralmente são organizações altamente complexas e exigentes no que diz respeito à gestão de recursos, aos processos de formação e à segurança dos cuidados, pelo que a supervisão clínica é, segundo o autor, “(...) uma ‘ferramenta’ não dispensável, dado que se encontra no epicentro dos diversos processos que se cruzam nas organizações” (p.202).

Garrido, Simões e Pires (2008) referem que a SCE pode ter um potencial impacto a vários níveis, “(...) fundamentalmente a nível da qualidade de cuidados e no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros” (p.80).

O NHS (2009) afirma que por via da supervisão clínica se:

- assegura a proteção e a segurança do cliente,
- assegura um elevado nível de qualidade no serviço,
- proporciona apoio pessoal e profissional ao *staff*,
- aumenta o desenvolvimento profissional, a formação e o treino,
- aumenta a boa prática e a sua partilha,
- proporciona a oportunidade para reduzir a má prática,

- proporciona um fórum de encorajamento e de crítica construtiva,
- apoia/encoraja o desenvolvimento da perícia clínica e da inovação na prática e,
- permite ao profissional que aceite o seu próprio desenvolvimento e o desenvolvimento da sua prática.

Já em 1997, Butterworth, Carson, White, Bishop e Clement concluíram que a supervisão clínica aumenta satisfação laboral, ajuda a reduzir os níveis de stresse e de exaustão emocional.

Hyrkäs (2006) afirma que os estudos confirmam que a supervisão clínica é benéfica para os enfermeiros, para a enfermagem e para os cuidados aos clientes.

No documento de política de supervisão do NHS (2010b) estão referenciados os elementos chave da supervisão clínica, designadamente:

- Desenvolvimento da prática reflexiva;
- Oferta de apoio construtivo para o crescimento profissional;
- Ênfase na boa prática e no aumento da confiança;
- Identificação de áreas de melhoria;
- Salvaguarda e desenvolvimento de padrões de cuidados;
- Aumento de uma prática baseada na evidência;
- Encorajamento da inovação na prática;
- Valorização do staff e aumento da sua confiança;
- *Empowering staff* e promoção da responsabilidade profissional.

White e Roche (2006) afirmam que ‘a happy nurse is a happy patient’ é uma condição necessária para os cuidados aos clientes. Kilcullen (2007) refere que para se prestarem cuidados de enfermagem de excelência é necessário sentir-se apoiado, neste contexto, a autora concluiu que este é o maior benefício da supervisão clínica. Segundo White e Roche (2006), o contributo da supervisão clínica no bem-estar dos profissionais por si só continua a ser e a justificar a sua implementação e manutenção.

O NHS (2011a) refere que a supervisão clínica não é uma ciência exata, pelo que é difícil medir a sua efetividade. No entanto, refere haver argumentos a favor da sua capacidade de redução do stresse e da prevenção do *burnout*.

Kilcullen (2007) refere que na revisão da literatura que fez para realizar a seu estudo, concluiu que a supervisão clínica promove o crescimento, o desenvolvimento profissional e a reflexão na prática de enfermagem.

No documento Policy: C16: - Clinical Supervision for Nurses, o NHS (2011b) reporta benefícios da supervisão clínica, tais como: o desenvolvimento dos cuidados aos clientes; uma prática segura; a redução dos incidentes e das reclamações; o alcance de metas educacionais e de desenvolvimento profissional; o aumento da inovação e do desenvolvimento da prática; a redução do stresse no *staff*; os baixos níveis de morbilidade e de absentismo do *staff*; o aumento da confiança e do desenvolvimento profissional; uma maior consciência da responsabilidade profissional; uma melhor gestão de risco e melhor consciência de uma prática baseada na evidência.

MacCulloch (2009) refere que no *core* da supervisão clínica está a segurança e o bem-estar dos clientes e das suas famílias, mas que esta também tem um papel muito importante no apoio às necessidades dos profissionais.

No documento Clinical Supervision Policy do NHS (2011e), estão enumerados os propósitos principais da supervisão, nomeadamente:

- Garantir a segurança;
- Facilitar a aprendizagem;
- Promover a reflexão;
- Apoiar e compreender o *staff*;
- Aumentar a competência e a resiliência;
- Resolver problemas;
- Aumentar os ganhos.

Estão também identificados os benefícios que se esperam com a supervisão, designadamente:

- Ajudar a garantir a segurança aos utilizadores, familiares, cuidadores, *staff* e público em geral;
- Proporcionar um ambiente de apoio ao *staff*, reduzir o stresse laboral, o *burnout* e a morbilidade;
- Promover a aprendizagem e a reflexão do *staff*;
- Aumentar os ganhos;
- Aumentar as oportunidades para o desenvolvimento pessoal e profissional;
- Ajudar a identificar necessidades de treino do *staff*;
- Ajudar a identificar necessidades da organização ou do contexto;
- Assegurar que os *standards* são cumpridos.

Edwards *et al.* (2006), a propósito do estudo que realizaram com enfermeiros da área de saúde comunitária e da saúde mental, afirmam que se a supervisão clínica for efetiva então estes profissionais terão níveis inferiores de *burnout*.

Os enfermeiros trabalham num ambiente desafiante e em constante mudança, pelo que necessitam de apoio e suporte contínuo, o que os ajudará a aumentar a confiança, diminuir a tensão e o *burnout*, encorajar a autoconsciência e a auto expressão. A supervisão clínica engloba todos estes aspetos e ainda aumenta a qualidade dos cuidados aos clientes (Rice *et al.*, 2007).

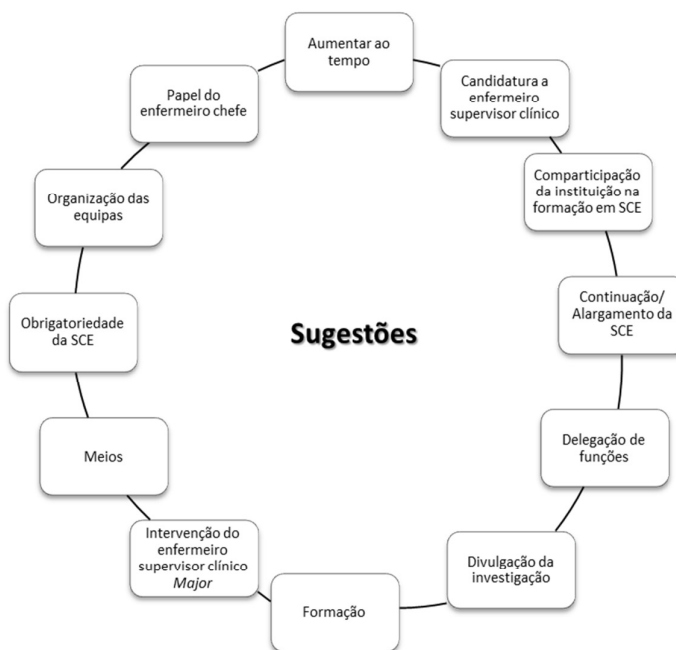
Cross, Moore e Ockerby (2010) concluíram que a supervisão clínica proporciona aos enfermeiros seniores uma oportunidade para refletirem e partilharem experiências comuns e desenvolverem abordagens alternativas para os problemas e, no que se refere aos enfermeiros chefes, esta pode ser uma ferramenta útil na retenção de enfermeiros seniores experientes.

Os participantes no nosso estudo referiram-se aos efeitos positivos do MSCEC que são idênticos aos descritos pela literatura específica nesta área.

6.5.2.2.6 – Sugestões

Do tema ‘sugestões’ emergiram 12 categorias, tal como se pode visualizar na figura 22.

Figura 22 – Representação esquemática do tema ‘sugestões’



Os participantes referiram um conjunto de ‘sugestões’, nomeadamente:

‘aumentar ao tempo’ (ver anexo 67),

“[SCE] não é só no espaço da supervisão clínica de seis meses, é um por um período enquanto o serviço estiver aberto e as pessoas quiserem.” E21; “O primeiro mês que era de adaptação não foi suficiente, acho que suficiente eram os seis meses (...) acho que a supervisão devia estar a começar agora, acho que estes seis meses é que deviam ter sido de preparação, acho que de preparação é que deviam ter sido estes seis meses. Claro que a gente entende que para o estudo não seria viável estar seis meses para as pessoas se ambientarem.” E24; “O meio ano foi muito pouco tempo. Foi muito pouco tempo.” E27

‘candidatura a enfermeiro supervisor clínico’ (ver anexo 68),

“Eu sou sempre apologista dos processos de candidatura (...) tem que haver uma motivação e um interesse da pessoa para o desempenho depois daquela função (...) isto acaba por ficar legitimado até porque os outros que não concorrem, estão excluídos porque não estão interessados, mostraram logo que não estavam

interessados ao não concorrerem e as pessoas que concorrem mostram a motivação também para isso, acaba também por ser um processo.” E22

‘comparticipação da Instituição na formação em SCE’ (ver anexo 69),

“A formação [pós graduada] deve ser participada por quem também vai beneficiar dela, no caso, o CHMA, ou seja, não quer dizer que os enfermeiros não devam fazer um investimento pessoal, o que eu acho é que também é importante que haja da parte da instituição alguma abertura (...) um contributo em termos de facilidade de horário, em termos de dispensa de serviço e se acharem que devem dar algum tipo de ajuda – isso ainda seria mais relevante, mas, acho que deve haver uma postura adequada do CHMA relativamente a esta situação, porque há em relação a outras, às tantas em termos de utilidade para os serviços não são tão diretas como penso que esta tem.” E31

‘continuação/alargamento da SCE a outros serviços/instituições’ (ver anexo 70),

“Isto é muito importante daí que eu acho que as coisas não podem ficar só pela obstetrícia e pela medicina e pela pediatria mas têm que avançar e tem que ser um projeto concertado, dizer assim olha vamos avançar para este serviço e para aquele porque isto é importante e irmos buscar a experiência dos outros, acho que é muito importante.” E19; “A nível deste Hospital eu acho que devia continuar e implementar em todos os lados, porque isto realmente leva a que as pessoas se consciencializem dos erros e se motivem para melhorar, os cuidados, o seu comportamento, a atitude até com os colegas.” E21; “É um modelo que pode ser perfeitamente replicado (...) seja em que circunstância e em que hospital for, por exemplo e eu acho que ele pode, que pode porque está bem construído (...) claro que pode ser sempre melhorado, mas isso mal de nós se nós não quiséssemos melhorar no fundo aquilo que vamos construindo (...) para algo que não existia pode perfeitamente ser replicado e reproduzido noutra circunstância e noutra hospital, noutra sítio qualquer, num centro de saúde, não vamos estar a falar só de estruturas hospitalares.” E22; “Continuar e implementar noutras instituições.” E35

‘delegação de funções’ (ver anexo 71),

“Há pessoas lá dentro que por via disto fizeram a pós graduação e são vários não é uma ou duas, é pegar nessas pessoas e dizer assim ‘olha vocês têm isto e agora têm este trabalho pela frente.’” E19

‘divulgação da investigação’ (ver anexo 72),

“A divulgação e a transmissão desta experiência que eu acho que é muito importante para o Centro Hospitalar e desmistificar porque isto mais tarde ou mais cedo vai avançar e o Centro Hospitalar já tem uma mais-valia de ter tido ali alguma coisa que lhe deu conhecimento.” E19; “Há necessidade de mostrar ao resto da Instituição, de facto, o trabalho que foi feito, que as pessoas não têm muita noção e as chefias têm um conhecimento limitado também das coisas (...) era as pessoas

dos próprios serviços intervenientes, chegarem e irem falar e elas ficariam todas contentes com isso e acho que seria interessante partilhar isso com os outros serviços porque as pessoas às vezes não têm muita noção do que de facto foi feito."

E22

'formação' (ver anexo 73),

"Os supervisores deviam ter nem que se chamasse uma mini formação, para os próprios supervisores estarem esclarecidos e não até fazerem descair ou falarem assim não tendo a certeza e descair algum tipo de preocupação ou até mesmo de ideia errada que tenham adquirido." E25; "Acho que as pessoas deviam ter todas formação de supervisão. Quer aqueles que vão fazer supervisores, quer aqueles que vêm para ser supervisionados, que é para depois não haver ali uma discrepância, nem o supervisor estar ali a ter uma atitude de supervisor e depois quem está a ser supervisionado também acha que está a ser avaliado, acha que aquela pessoa está ali a tentar incluí-lo ou excluí-lo do serviço e acho que mesmo para quem está na escola ainda no curso de licenciatura base já devia ter formação em supervisão clínica." E26

'intervenção do enfermeiro supervisor clínico major' (ver anexo 74),

"Os supervisores major devem ter um papel um bocadinho mais interventivo (...) dava ao supervisor uma capacidade ou uma visão mais real da situação de forma a poder intervir, porque eu acho que o supervisor major não deve funcionar só como uma pessoa para avaliar a postura dos supervisores, deve ter uma intervenção também na melhoria da supervisão (...) a postura do supervisor pode melhorar ao conhecer mais o contexto, por isso é que eu não excludo de todo a possibilidade do supervisor major ir ao terreno. Não ficar só pelas reuniões, agora é verdade que é um outsider no terreno, pelo menos inicialmente, tem que haver alguma sensibilidade e tem que a pessoa saber estar ou ausentar-se em determinado tipo de situações." E31

'meios' (ver anexo 75),

"Se a [sala de reuniões] estivesse por nossa conta estava bem." E25; "Possibilidade das pessoas no site do CHMA poderem fazer determinado tipo de comentários. (...) O que devíamos era ter um sítio fixo, preferencialmente devíamos ter um sítio fixo (...) no fundo funciona como uma certa identificação." E31

'obrigatoriedade da SCE' (ver anexo 76),

"Há uma situação que eu faria de início, ao assumirmos uma situação destas negociava logo com as pessoas isto ser uma situação mandatária e foi isso que falhou (...) essa situação ser logo de início dita 'meninos isto é para fazer e não é para as pessoas andarem aqui a brincar'." E19; "Deveria ser de carácter obrigatório (...) aqui também foi de carácter obrigatório mas pronto alguém que dissesse 'eu não quero' isso não poder acontecer. Fazer de forma a que as pessoas não

dissessem ‘eu não quero’. Também têm que vir trabalhar e também não dizem eu não quero (...) ser enfermeiro implica estar num processo de supervisão (...) são as regras do jogo, vou trabalhar, escolhi ser enfermeira e isto faz parte. Escolhi ser enfermeira, a supervisão fazia parte.” E24

‘organização das equipas’ (ver anexo 77),

“Para que as pessoas tenham consciência da importância da supervisão em enfermagem são importantes equipas em que existam elementos de referência, equipas de enfermagem, ou seja, equipas heterogêneas em termos de idade e em termos de conhecimentos.” E22; “Se nós diluíssemos estas pessoas todas era mais fácil, era mesmo em cada grupo, os mais velhos davam mais estabilidade ao grupo e as coisas acabavam.” E24

e ‘papel do enfermeiro chefe’ (ver anexo 78),

“Devia haver uma intervenção maior dos chefes dos serviços (...) devem estar nas reuniões que estavam programadas que eles estivessem, não mais (...) devem estar na reunião, que foi o que esteve sempre agendado, com os supervisores, alguns deles faziam parte do focus group (...) senti falta que lá [focus group] estivessem mais vezes, honestamente e sinceramente. Não sei o que é que foi passado aos chefes em termos de projeto mas se foi passado depois não houve o feedback a seguir, às tantas da próxima vez ainda tem que ser um bocado mais trabalhada esta questão para que eles percebam que têm que envolver e têm que motivar as pessoas para que elas vão aderir.” E31; “O ideal seria que os chefes destinassem o horário (...) o ideal era ter essas horas no horário e vir como se fosse para trabalhar, isso é a situação ideal para quem está no papel de supervisão (...) chefes, quem tem já conhecimentos da supervisão dentro da própria equipa tem que se calhar, se tiver uma postura mais ativa na divulgação do que é a supervisão e o que é que se pretende, se calhar envolvia melhor a equipa desde o início. (...) se os chefes ou se os responsáveis derem mais importância mais facilmente compreendem e facilitam o processo.” E32

Estas sugestões visam contribuir para uma formalização da supervisão clínica e para a manutenção de uma cultura de supervisão mais forte.

6.6 – SÍNTESE FINAL PARA A EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO

Ao longo do capítulo VI, fomos dando a conhecer os resultados obtidos após a implementação do MSCEC na perspetiva dos diferentes atores que participaram no estudo. Resultados estes que traduziram mudanças na organização, nos serviços selecionados, no

exercício profissional dos enfermeiros, na sua conceção dos cuidados e nos cuidados de enfermagem prestados aos clientes.

A importância e os benefícios da SCE foram enfatizados ao longo de todo o documento pelos diversos estudos apresentados e, reforçados através da OE com a proposta do MDP.

A tradução, adaptação cultural e validação para português de Portugal do instrumento que avalia a SCE – MCSS® constituiu, na nossa perspetiva, um passo fundamental na ‘profissionalização’ da SCE. Esta deve ser alvo de avaliação, bem como o processo superviso e o produto resultante da supervisão. É imprescindível que se ajuíze da sua eficiência e eficácia, pelo que a disponibilidade de um instrumento credível que o faça e que nos permita a comparabilidade de dados em diferentes contextos é uma mais-valia que não podemos desprezar.

Desde o início desta investigação, que assumimos como fundamental a utilização da MCSS® para fazer o escrutínio sistematizado da SCE disponibilizada aos enfermeiros por via da adoção do modelo de SCE que viesse a ser desenvolvido. Neste sentido, o estudo metodológico conduzido na ULSM, apesar de constituir uma fase preliminar desta pesquisa, foi fundamental por contribuir para a avaliação da SCE efetuada na última fase do estudo.

Ao longo do trajeto da investigação, foi emergindo o MSCEC que veio a demonstrar-se adequado ao contexto onde foi desenvolvido e testado, permitindo-nos inferir da sua congruência face às necessidades e exigências do exercício profissional dos enfermeiros. Tal facto não teria sido possível alcançar, não fosse a capacidade de mudança de cada um, onde a abertura a novas ideias e formas de trabalho foram imprescindíveis no alcance deste desiderato.

A comunicação e a relação que se estabeleceu entre os participantes do estudo foram fundamentais e potenciadoras de uma cultura de aprendizagem e de supervisão, passando esta a fazer parte da ‘rotina’ de trabalho de cada um e de todos em geral.

Para se desenvolver o modelo de SCE proposto neste estudo, foram levadas a cabo, de uma forma iterativa, um conjunto de atividades que emergiram da parceria efetiva estabelecida com o CHMA. De outra forma, este trabalho não teria sido possível, pois a SCE como a perspetivamos, requer compromisso e formalização de todos, desde a organização aos enfermeiros.

Assumimos que era possível a mudança das práticas supervisivas enraizadas na instituição, evoluindo para a definição de um modelo que fosse capaz de gerar simultaneamente ganhos em supervisão e ganhos em saúde. Este modelo deveria ser útil para a prática supervisiva, dando resposta às necessidades dos enfermeiros de forma a torná-los mais aptos para o exercício profissional e, desta forma, aumentar a sua satisfação e vinculação à profissão e, ao mesmo tempo, aumentar os ganhos em saúde pelo seu elevado potencial de conceção de cuidados de qualidade.

A investigação neste domínio (SCE) levou a que, no contexto escolhido, se equacionassem as práticas e se sugerissem e experimentassem alterações aos modelos em uso com o objetivo de produzir benefícios a diferentes níveis.

O percurso da mudança centrou-se em dois ciclos de IA. Assim, o primeiro ciclo focalizou-se na mudança do objeto central da SCE, da conceção e do conteúdo em SCE nos serviços selecionados. O segundo ciclo, após a estabilização do adquirido no primeiro, centrou-se no desenvolvimento e implementação do MSCEC.

Das reuniões realizadas com a direção de enfermagem e dos resultados das entrevistas da Fase I, foi possível identificar falta de conhecimentos em SCE, conhecimentos errados nesta área e, conseqüentemente, práticas supervisivas inadequadas, baseadas na tradição e na boa vontade de quem as praticava, mas sem qualquer fundamento na evidência.

Ao longo do estudo e resultante do primeiro ciclo de mudança, foram emergindo alguns aspetos determinantes que vieram a tornar possível a implementação e a operacionalização do MSCEC em cada um dos serviços, nomeadamente:

- A valorização do enfermeiro como objeto central da SCE;
- A especificação dos objetivos da SCE;
- A clarificação do conceito de SCE e do termo enfermeiro supervisor clínico;
- A explicitação relativa às funções, às estratégias e ao processo supervisivo;
- A constatação das falhas e da inadequação das práticas supervisivas em uso;
- A necessidade da valorização do exercício profissional e da conceção de cuidados.

No que se refere ao segundo ciclo de mudança, este centrou-se no desenvolvimento e implementação do MSCEC que permitisse a satisfação das necessidades dos enfermeiros

em supervisão face ao exigente exercício profissional que têm e que aumentasse o seu potencial de conceção de cuidados, centrando-se mais nas transições que os clientes vivenciam. Com a proposta do MSCEC, foi possível dar resposta às necessidades sentidas e partilhadas pelos profissionais, o que se tornou evidente na avaliação que fizeram do modelo e do seu processo de implementação.

A adesão à implementação do modelo foi excelente, visto que apenas um enfermeiro decidiu não participar e, no que se refere à sua avaliação, esta foi idêntica, pois apenas um enfermeiro dos serviços selecionados não respondeu ao questionário aplicado na fase IV e quanto aos participantes a entrevistar todos acederam ao solicitado. O nosso estudo documenta a importância e a relevância que os profissionais deram ao MSCEC. Os resultados das entrevistas da última fase estão em consonância com os resultados obtidos com o questionário aplicado no que se refere à SCE e demonstram um diferencial de conhecimento enorme face à primeira fase deste estudo.

A integração da SCE na instituição e a participação ativa dos enfermeiros na mudança constituíram premissas que alicerçaram o desenvolvimento do MSCEC e que o legitimaram por ter sido construído de acordo com as suas ideias, com os seus objetivos e, acima de tudo, com o intuito de dar resposta às suas necessidades.

O MSCEC é uma ferramenta fundamental para a melhoria contínua da qualidade, através do suporte que proporciona aos enfermeiros, tornando-se uma mais-valia para a tomada de decisão em enfermagem, o que foi deveras enfatizado pelos participantes do estudo quando se referiram ao reconhecimento da relevância da SCE em geral, mas, muito particularmente, quando nomearam a qualidade, a segurança e a satisfação como efeitos do MSCEC.

O modelo exposto, através da sua implementação, tornou-se no modelo em uso e, pela avaliação, no modelo credível. A avaliação feita permitiu reiterar a convicção da sua utilidade prática, a sua aceitação generalizada e a sua transferibilidade para outros contextos de saúde. Podemos com segurança afirmar que através da implementação do MSCEC se constituiu um pretexto muito interessante para melhorar a conceção de cuidados de enfermagem.

Como na maioria dos processos de mudança, também este não foi alheio a contingências inesperadas e que com ele interferiram quer facilitando-o ou inibindo-o, nomeadamente:

- A impossibilidade da criação de um espaço no portal do CHMA para a supervisão *on line*, o que inviabilizou este tipo de supervisão, dado o curto espaço de tempo que tínhamos para a implementação do modelo proposto;
- As greves dos enfermeiros, que nos levaram a alterar a planificação feita e a reagendar várias sessões de SCE em todos os serviços selecionados, o que implicou não só ajustes aos seus horários mas também nova alocação de salas para as sessões;
- A mudança de enfermeiro diretor sensivelmente no fim da implementação do modelo, apesar de que ambos tudo fizeram para que a implementação fosse um sucesso tendo sido elementos chave em todo o processo;
- O encerramento do Serviço de Pediatria no fim da implementação do modelo, pelo que a indefinição vivenciada pela equipa de enfermagem durante algum tempo relativamente à permanência do serviço, os destabilizou, apesar de terem levado o processo de implementação do MSCEC até ao fim e terem cumprido o que esteve agendado na planificação inicial.

O MSCEC constitui o contributo *major* deste estudo, especificamente no que se refere à explicitação dos seus eixos e às relações que se estabelecem entre os intervenientes que operam no eixo da conceção dos cuidados, do exercício profissional e da supervisão e que possibilitam a sua retroalimentação, tornando-o num modelo que não se esgote em si mesmo, dada a riqueza de situações que emergem da prática clínica e os desafios que constituem para todos. No entanto, somos de opinião que é necessário mais investigação em SCE no geral e em específico aquela que avalie o MSCEC e o seu impacto na perspetiva dos clientes dos cuidados, bem com mais investigação que resulte da aplicação do MSCEC noutros contextos, particularmente a nível dos cuidados de saúde primários, testando a sua transferibilidade.

Desde o início que tivemos por intenção desenvolver um modelo de SCE que sustentasse as exigências do exercício profissional dos enfermeiros, pelo que a adoção de uma abordagem de cariz construtivista se veio a revelar adequada à consecução dos objetivos delineados. A produção de soluções úteis na prática só seria possível com o contributo daqueles que realmente experienciam as soluções propostas e ajuízam da sua efetividade.

Em síntese, podemos referir que o percurso de desenvolvimento do MSCEC constituiu uma iniciativa inovadora, dada a ausência de tradição em SCE e a escassez de estudos neste âmbito no nosso país, não obstante, não se ter tornado impeditivo da sua realização, dada a visão de futuro de todos com quem, por esta via, tivemos a oportunidade de trabalhar e de evoluir do *'ad hoc a um modelo de SCE em uso'*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abe, A., Ozaku, H., Sagara, K., Kuwara, N., & Kogure, K. (2007). Nursing management by focusing on critical words or frases in nurses' conversations. *International Journal of Knowledge-based and Intelligent Engineering Systems*, 11, 281-289.

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

Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.

Abreu, W. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, 45, pp. 53-57.

Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa: Educa e Formasau.

Agostinho, L. (2008). Competência emocional em enfermeiros: um estudo em hospitais públicos. *Dissertação de Mestrado (não publicado)*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2010). The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 18, 363-382.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica, uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

Al-Mailam, F. (2005). The effect of nursing care in overall patient satisfaction and its predictive value on return-to-provider behaviour: a survey study. *Quality Management in Health Care*, 14(2), pp. 116-120.

Altman, D. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall.

Andrews, M. (1999). Mentorship in nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced in Nursing*, 29(1), 201-207.

Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), pp. 273-294.

Arries, E. (2006). Practice standards for quality clinical decision-making in nursing. *Curationis*, 29(1), pp. 62-72.

Avison, D., Baskerville, R., & Myers, M. (2001). Controlling action research projects. *Information Technology & People*, 14, pp. 28-45.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barker, K. (2012). Promoting supervision of midwifery to women. *British Journal of Midwifery*, 20(6), 454.

Barribal, L., While, A., & Münch, U. (2004). An audit of clinical supervision in primary care. *British Journal of Community Nursing*, 9(9), 389-397.

Bartle, J. (2000). Clinical supervision: its place in the quality agenda. *Nursing Management*, 7, pp. 30-33.

Bartz, R. (2007). A true role model. *Orthopedics*, 30(1), p. 7.

Baskerville, R. (1999). Investigating information systems with action research. *Communications of the Association for Information Systems*, 2, p. article 19.

Baskerville, R., & Myers, M. (2004). Special issue on action research in information systems: making is research relevant to practice-forward. *Management Information Systems Quarterly*, 28(3), pp. 329-335.

Baskerville, R., & Wood-Harper, T. (1998). Diversity in information systems action research methods. *European Journal of Information Systems*, 7, 90-107.

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2002). *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures*. American Academy of Orthopedic Surgeons: Institute for Work and Health.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Berg, A., & Hallberg, L. (1999). Effects on systematic clinical supervision on psychiatric nurses' sense of coherence, creativity, work - related strain, job satisfaction and view of the effects from clinical supervision: a pre-post test design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 371-381.

Berg, A., & Kisthinos, M. (2007). Are supervisors using theoretical perspectives in their work? A descriptive survey among Swedish-approved clinical supervisors. *Journal of Nursing Management*, 15, 853-861.

Berggren, I., & Severinsson, E. (2003). Nurse supervisors' actions in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 41(6), 615-622.

Bernard, J., & Goodyear, R. (2004). *Fundamentals of clinical supervision*. Boston: Allyn and Bacon.

Bilhim, J. (2002). *Questões actuais de gestão de recursos humanos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Bishop, V. (1998). Clinical supervision: what is it? *Clinical Supervision in Practice*, 1, pp. 1-20.

Boateng, W. (2012). Evaluating the efficacy of focus group discussion (FGD) in qualitative social research. *International Journal of Business and Social Science*, 3(7), 54-57.

Bolmeijer, M. (2007). Power-sharing. *Leadership Excellence*, 24(4), p. 17.

Bond, M., & Holland, S. (1998). *Skills of clinical supervision for nurses*. Buckingham: Open University Press.

Borges, E. (2012). Qualidade de vida relacionada com o trabalho: stresse e violência psicológica nos enfermeiros. *Tese de Doutoramento (não publicado)*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Borges, E. (2006). O sofrimento dos enfermeiros em pediatria. In P. Marques, J. Carvalho, P. Sousa, E. Borges, & S. Cruz, *Rumo ao conhecimento de enfermagem* (pp. 248-340). Porto: Escola Superior de Enfermagem de S. João.

Bowles, N., & Young, C. (1999). An evaluative study of clinical supervision based on Proctor's three function interactive model. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), pp. 928-964.

Bowling, A. (1994). *La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidade de vida*. Barcelona: Masson.

Brunero, S., & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(3), pp. 86-94.

Bühler, K., & Land, T. (2003). Burnout and personality in intensive care: an empirical study. *Hospital Topics*, 81(4), pp. 5-12.

Buerhaus, P., Donelan, K., Ulrich, B., Norman, L., Desroches, C., & Dittus, R. (2007). Impact of the nurse shortage on hospital patient care: comparative perspectives. *Health Affairs*, 26(3), pp. 853-862.

Bulmer, C. (1997). Supervision: how it works. *Nursing Times*, 93, pp. 53-54.

Bush, T. (2005). Overcoming the barriers to effective clinical supervision. *Nursing Times*, 101(2), pp. 38-41.

Butterworth, T., & Faugier, J. (1992). *Clinical supervision and mentorship in nursing*. London: Chapman and Hall.

Butterworth, T., Bell, L., Jackson, C., & Pajnkihar, M. (2008). Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. *Nurse Education Today*, 28, pp. 264-272.

Butterworth, T., Carson, J., White, E., Bishop, V., & Clement, A. (1997). *It is good to talk: an evaluation study in England and Scotland*. Manchester: School of Nursing, Midwifery and Health Visiting - Manchester University.

Buus, N., & Gonge, H. (2009). Empirical studies of clinical supervision in psychiatric nursing: a systematic review and methodological critique. *International Journal of Mental Health Nursing, 18*, 250-264.

Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management, 9*, 321-324.

Canavillas, A. (2008). *Salud del adulto in medicina preventiva y salud publica* (11ª ed.). Barcelona: Elsevier Masson.

Carrol, V. (2005). Is patient safety synonymous with quality nursing care? Should it be? A brief discourse. *Quality Management in Health Care, 14*(4), pp. 229-233.

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação: papel dos orientadores clínicos - perspectiva dos actores*. Loures: Lusociência.

Centro Hospitalar do Médio Ave (2008). Regulamento Interno. (*não publicado*). Centro Hospitalar do Médio Ave.

Centro Hospitalar do Médio Ave (2007). Estatutos dos hospitais E.P.E. (*não publicado*). Centro Hospitalar do Médio Ave.

Chau, J., Lam, L., Lui, M., Ip, W., Chien, W., Lee, I., & Thompson, D. (2010). A survey of registered nurses' preceptions of the code of professional conduct in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 3527-3534.

Chiasson, M., Germonprez, M., & Mathiassen, L. (2008). Pluralist action research: a review of the information systems literature. *Information Systems Journal, 19*, 31-54.

Chiavenato, I. (1999). *Introdução à teoria geral da administração* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Campus.

Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. *Nursing Research Methodology*, pp. 236-257.

Ciccone, A. (2000). *Observação clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Cleary, M., & Freeman, A. (2005). The cultural realities of clinical supervision in an acute inpatient mental health setting. *Issues in Mental Health Nursing, 26*, pp. 489-505.

Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing: a review of the literature. *Journal of Nursing Management, 8*, 101-106.

Clouder, L., & Sellars, J. (2004). Reflective practice and clinical supervision: an interprofessional perspective. *Journal of Advanced Nursing, 46(3)*, 262-269.

Clough, A. (2003). Clinical supervision in primary care. *Primary Health Care, 13(9)*, pp. 15-18.

Codato, L., & Nakama, L. (2006). Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa. *Revista Espaço para a Saúde Londrina, 8*, pp. 34-35.

Coleman, D., & Lynch, U. (2006). Professional isolation and the role of clinical supervision in rural and remote communities. *Journal of Community Nursing, 20(3)*, 35-37.

Craig, J., & Smith, R. (2004). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Cronholm, S., & Goldkuhl, G. (2003). Understanding the practices of action research. *Proceedings of the 2nd European Conference on Research Methods in Business and Management (ERCM 2003)*, (pp. 1-13). United Kingdom.

Cross, W., Moore, A., & Ockerby, S. (2010). Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital. *Contemporary Nurse, 32(2)*, pp. 245-253.

Cruz, S. (2011). Translation and validation of the Manchester Clinical Supervision Scale®: effective clinical supervision evaluation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 29*, pp. 51-56.

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

Cruz, S., & Carvalho, L. (2012). Portuguese version of the Manchester Clinical Supervision Scale®: the translation and validation process. *Journal of Educational Sciences & Psychology, 2(1)*, 123-131.

Cruz, S., Carvalho, L., & Sousa, P. (2012). Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. *Procedia Social and Behavioral Sciences*.

Cutcliffe, J., & Loewe, L. (2005). A comparison of North American and Europe conceptualizations of clinical supervision. *Issues in Mental Health Nursing, 26*, pp. 112-118.

Damas, M., & De Ketele, J. (1995). *Observar para avaliar*. Coimbra: Livraria Almedina.

Darling, L. (1985). What to do about toxic mentors. *Journal of Nursing Administration, 15(10)*, 43-44.

Darling, L. (1984). What do nurses want in a mentor? *Journal of Nursing Administration, 14 (10)*, 42-44.

De Ketele, J. (1980). *Observer pour éduquer*. Berna: Peter Lang.

De Ketele, J., & Rogiers, X. (1993). *Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Dellefield, M. (2008). Best practices in nursing homes: clinical supervision management, and human resource practices. *Research in Gerontological Nursing, 1(3)*, pp. 197-207.

Denzin, N. (1989). *The research act* (3ª ed.). New York: McGraw Hill.

Diário da República (2007). Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro. *Diário da República - I série - n.º 42*, 1414. Portugal: Ministério da Saúde.

Diário da República (1999). Decreto Lei n.º 207/99 de 9 de junho. *Diário da República - I série - A n.º 133*, 3258-3264. Portugal: Ministério da Saúde.

Diário da República (1996). Decreto-Lei 161/96 de 4 de setembro de 1996: regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE). *Diário da República - I série A - n.º 205*, 2959-2962. Portugal: Ministério da Saúde.

Dias, C., & Morais, J. (2004). Interação em sala de aula: observação e análise. *Referência*, 11, pp. 49-56.

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

Dickens, G. (2008). Trials and errors: accidents in administration. *British Journal of Nursing*, 17(13), 810-811.

Dimitrov, D., & Rumrill Jr, P. (2003). Pretest-posttest designs and measurement of change. *IOS Press*, 20, pp. 159-165.

Domino, E. (2005). Nurses are what nurses do - are you where you want to be? *AORN Journal*, 81(1), 187-201.

Dracup, K., & Bryan-Bown, C. (2004). From novice to expert to mentor: shaping the future. *American Journal of Critical Care*, 13(6), 448-450.

Driscoll, J. (2000). *Practicing clinical supervision: a reflective approach*. London: Ballière-Tindall.

Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T., Fothergill, A., & Coyle, D. (2006). Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1007-1015.

Edwards, D., Cooper, L., Burnard, P., Hannigan, B., Adams, J., Fothergill, A., Coyle, D. (2005). Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 405-414.

Ekstein, R., & Wallerstein, R. (1972). *The teaching and learning of psychotherapy*. New York: Universities Press Inc.

Eriksson, S., & Fagerberg, I. (2008). Supervisor experiences of supervising nursing staff in the care of older people. *Journal of Nursing Management*, 16, 876-882.

Escribà, V., Más, R., Cardenas, M., Burguete, D., & Fernández, F. (2000). Estressores laborales y bienestar psicológico: impacto en la enfermería. *Rol*, 23, pp. 506-511.

Estrela, A. (1994). *Teoria e prática de observação de classes - uma estratégia de formação de professores* (4ª ed.). Porto: Porto Editora.

Farias, S., & Zeitone, R. (2007). A qualidade de vida no trabalho de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem Anna Nery*, 11(3), pp. 487-493.

Farrington, A. (1995). Models of clinical supervision. *British Journal of Nursing*, 4(15), 876-878.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.

Folkman, S., Lazarus, R., Dunke-Schetter, C., DeLonguis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

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

Fowler, J. (2011a). Supporting self and others: from staff nurse to nurse consultant. Part 5: clinical supervision. *British Journal of Nursing*, 20(13), 830.

Fowler, J. (2011b). Supporting self and others: from staff nurse to nurse consultant. Part 6: giving and receiving feedback. *British Journal of Nursing*, 20(13), 885.

Fowler, J. (1996). The organisation of clinical supervision within the nursing profession: review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (1), 471-478.

Freudenberger, H. (1975). Staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12(1), pp. 159-165.

- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Special Issues*, 30(1), 159-165.
- Ganhão, M. (1993). Condicionantes e estratégias redutoras do stress organizacional. *Forúm Sociológico*, 3, 89-105.
- Garrido, A. (2004). A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros. *Dissertação de Mestrado*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Garrido, A., Simões, J., & Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Getz, H. (1999). Assessment of clinical supervisor competencies. *Journal of Counselling & Development*, 77, 491-497.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência emocional* (12ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com inteligência emocional* (3ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Gonzales, K. (2010). Medication administration errors and the pediatric population: a systematic search of the literature. *Journal of pediatric nursing*, 25, 555-565.
- Gooch, S. (2012). A strong lead. *Nursing Standard*, 26(43), pp. 18-19.
- Gray, M., & Smith, L. (2000). The qualities of an effective mentor from the students nurse's perspective: findings from a longitudinal qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1), 556-576.
- Green Lister, P., & Crisp, B. (2005). Clinical supervision in child protection do community nurses. *Child Abuse Review*, 14, pp. 57-72.
- Grunfeld, E., Whelan, T., Zitzelsberger, L., Willan, A., Montesanto, B., & Evans, W. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *JAMC Canadian Medical Association*, 163(2), 166-169.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1998). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin, & Y. Lincoln, *The landscape of qualitative research - theories and issues*. United States of America: Sage Publications.

Guido, L. (2003). Stresse e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica. *Tese de Doutorado (não publicado)*. São Paulo: Universidade de S. Paulo.

Hancox, K., Lynch, L., Happell, B., & Biondo, S. (2004). An evaluation of an educational program for clinical supervision. *International Journal of Mental Health Nursing, 13*, 198-203.

Hawkins, P., & Shohet, R. (2000). *Supervision in the helping professions* (2ª ed.). United Kingdom: Open University Press.

Hawkins, P., & Shohet, R. (1989). *Supervision in the helping professions*. Mylton Keynes: Open University Press.

Heron, J. (1990). *Helping the client: a creative practical guide*. United Kingdom: Sage Publication.

Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Holm, A., Lantz, I., & Severinsson, E. (1998). Nursing students' experiences of the effects of continual process-oriented group supervision. *Journal of Nursing Management, 6*, 105-113.

Hotchkiss, R., & Sunderland, M. (2004). Como a evidência clínica pode mudar as políticas da enfermagem. In J. Craig, & R. Smyth, *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Camarate: Lusociência.

Howard, F. (2008). Managing stress or enhancing wellbeing? Positive psychology's contributions to clinical supervision. *Australian Psychologist, 43*(2), pp. 105-113.

Howatson-Jones, I. (2003). Difficulties in clinical supervision and lifelong learning. *Nursing Standard, 17*(37), pp. 37-41.

Hudson, T. (2008). Delegation: building a foundation for our future nurse leaders. *MEDSURG Nursing, 16*(6), pp. 396-412.

Hyrkäs, K. (2006). Clinical supervision: how do we utilize and cultivate the knowledge that we have gained so far? What do we want to pursue in the future. *Journal of Nursing Management, 14*, 573-576.

Hyrkäs, K. (2005). Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing, 26*, pp. 531-556.

Hyrkäs, K. (2002). Clinical supervision and quality care: examining the effects of team supervision in multi-professional teams. *Academic dissertation*. Finland: University of Tampere.

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

Hyrkäs, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of Advanced Nursing, 33*, pp. 492-502.

Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlerchner, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2003). Translating and validating the Finnish version of the Manchester Clinical Supervision Scale®. *Nordic College of Caring Sciences Stand J Caring Sci, 17*, pp. 358-364.

Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Expert supervisors' views of clinical supervision: a study of factors promoting and inhibiting the achievements of multiprofessional team supervision. *Journal of Advanced Nursing, 38*(4), 387-397.

Hyrkäs, K., Koivula, M., Lehti, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2003). Nurse managers' conceptions of quality management as promoted by peer supervision. *Journal of Nursing Management, 11*, 48-58.

Im, E. (2011). Transitions theory: a trajectory of theoretical development in nursing. *Nursing Outlook*, 59, pp. 278-285.

International Council of Nurses, & Sigma Theta Tau International. (2009). *Coaching in nursing: an introduction*. United States of America: International Council of Nurses & Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International.

Jasper, M. (2003). *Beginning reflective practice: foundations in nursing and health care*. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.

Jerlock, M., Falk, K., & Severinsson, E. (2003). Academic nursing education guidelines: tool for bridging the gap between theory, research and practice. *Nursing and Health Sciences*, 5, pp. 219-228.

Jesus, É. (2004). Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica em enfermagem. *Tese de Doutorado (não publicado)*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

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

Jones, A. (2003). Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision. *European Journal of Cancer Care*, 12, 224-232.

Jones, K., & Edwards, D. (2003). Ten years of midwifery supervision. *British Journal of Midwifery*, 11(10), 538-539.

Kaushal, R., Bates, D., Abramson, E., Soukup, J., & Goldmann, D. (2008). Unit-based clinical pharmacists' prevention of serious medication errors in pediatric inpatients. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65, 1254-1260.

Kaushal, R., Jaggi, t., Walsh, K., Fortescue, E., & Bates, D. (2004). Pediatric medication errors: what do we know? what gaps remain? *Ambulatory Pediatrics*, 4, pp. 73-81.

Kelly, B., Long, A., & McKenna, H. (2001). A survey of community mental nurses' perceptions of clinical supervision in Northern Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 33-44.

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

Kitzinger, J. (1995). Introducing focus group. *British Medical Journal, 311*, 299-302.

Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus group interviews: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness, 16* (1), pp. 103-121.

Kleinman, C., & Saccomano, S. (2006). Registered nurses and unlicensed assistive personnel: an uneasy alliance. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 37*(4), 162-170.

Knudsen, H., Ducharme, L., & Roman, P. (2008). Clinical supervision, emotional exhaustion, and turnover intention: a study of substance abuse treatment counselors in the clinical trials network of the national institute on drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment, 35*, 387-395.

Koivu, A., Hyrkäs, K., & Saarinen, P. (2011). Who attends clinical supervision? The uptake of clinical supervision by hospital nurses. *Journal of Nursing Management, 19*, 69-79.

Landmark, B., Hansen, G., Bjones, I., & Bohler, A. (2003). Clinical supervision: factors defined as influential upon the development of competence and skills in supervision. *Journal of Clinical Nursing, 12*, 834-841.

Lazarus, R. (2000). Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. In V. Rice, *Handbook of stress, coping and health: implications for nursing research, theory and practice* (pp. 195-222). London: Sage Publications.

Lazarus, R. (1991). *Emotion & adaptation*. New York: Pergamon Press.

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

Lee, J., & Akhtar, S. (2007). Job burnout among nurses in Hong Kong: implications for human resource practices and interventions. *Asian Pacific Journal of Human Resources*, 45(1), 63-84.

Leigh, J., Douglas, C., Lee, K., & Douglas, M. (2005). A case study of a preceptorship programme in acute NHS Trust - using the European Foundation for Quality Management tool to support clinical practice development. *Journal of Nursing Management*, 13, 508-518.

Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics II. *Human relations*, 1(2), pp. 143-153.

Lunney, M. (2004). *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises*. Porto Alegre: Artmed.

Lynch, L., & Happell, B. (2008a). Implementation of clinical supervision in action: part 1 - laying the ground work. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 57-64.

Lynch, L., & Happell, B. (2008b). Implementation of clinical supervision in action: part 2 - implementation and beyond. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 65-72.

Lynch, L., Happell, B., & Sharrock, J. (2008). Clinical supervision: an exploration of its origins and definitions. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 13(2), 1-19.

Lynch, L., Hancox, K., Happel, B., & Parker, J. (2008). *Clinical supervision for nurses*. USA: Wiley-Balckwell.

Lyth, G. (2000). Clinical supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 722-729.

Macculloch, T. (2009). Clinical supervision and the well-being of the psychiatric nurse. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, pp. 589-590.

Machado, M. (2004). A transição do ser adolescente puépera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de enfermagem. *Dissertação de Mestrado (não publicado)*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.

Magnuson, S., Wilcox, S., & Norem, K. (2000). A profile of lousy supervision: experienced conselours' perspectives. *Counselour Education and Supervision, 39(3)*, pp. 189-203.

Maia, T., & Abreu, W. (2003). *Supervisão clínica em enfermagem: relatório sintese do projecto de intervenção*. Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Maluwa, V., Andre, J., Ndebele, P., & Chilemba, E. (2012). Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics, 19(2)*, pp. 196-207.

Marquis, B., & Huston, C. (2010). *Adminsitração e liderança em enfermagem: teoria e prática* (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Marshall, P., & McKay, J. (2006). Action research in practice: balancing the dual imperatives. *Proceedings of the American Conference on Information Systems*, (pp. 1-11).

Martins, T. (2001). Factores protectores e factores de risco na transição e adaptação à universidade. *Dissertação de Mestrado (não publicado)*. Braga: Universidade do Minho.

Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour, 2*, 99-113.

Mayer, J. (1999). *Emotional intelligence: popular or scientific psychology*. Obtido em 8 de Agosto de 2007, de APA Monitor On line: <http://www.apa.org/monitor/sep99/sp.html>

Mayer, J., & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* New York: Lippincott.

McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica, 3*, pp. 513-525.

McKay, J., & Marshall, P. (2001). The dual imperatives of action research. *Information Technology & People, 14(1)*, pp. 46-59.

McKenna, B., Thom, K., Howard, F., & Williams, V. (2010). In search of a national approach to professional supervision for mental health and addiction nurses: the New Zealand experience. *Comtemporary Nurse*, pp. 267-276.

McQueen, A. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101-108.

Mehr, K., Ladany, N., & Caskie, G. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: what are they not telling you? *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(2), pp. 103-113.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situations - specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development & progress* (4^a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28.

Montes-Berges, B., & J, A. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 163-171.

Monti, E., & Tingen, M. (1999). Multiple paradigms of nursing science. *Advances in Nursing Science*, 21(4).

Moore, A., & Waters, A. (2012). All eyes on the patient. *Nursing Standard*, pp. 20-22.

Morehouse, M. (2007). An exploration of emotional intelligence across career arenas. *Leadership & Organization Development Journal*, 28(4), pp. 296-307.

Morse, J., & Field, P. (1998). *Nursing research: the application of a qualitative approaches* (2^a ed.). London: Stanley Thornes Ltd.

Murphy, B. (2008). Positive precepting: preparation can reduce the stress. *MEDSURG Nursing*, 17(3), pp. 183-188.

National Health Service (2011a). Clinical supervision for health professional. Surrey Community Health: NHS Surrey.

National Health Service (2011b). Policy: C16 - clinical supervision for nurses. West London Mental Health: National Health Service Trust.

National Health Service (2011c). Clinical and management supervision for all staff (clinical and non-clinical staff). Berkshire.

National Health Service (2011d). Clinical supervision policy version 2.1. Plymouth: National Health Service Plymouth.

National Health Service (2011e). Clinical supervision policy. Suffolk: National Health Service Suffolk.

National Health Service (2010a). Professional/clinical supervision handbook for allied health professionals. Lanarkshire: National Health Service Lanarkshire.

National Health Service (2010b). Clinical supervision policy. Community Health Oxfordshire: National Health Service Oxfordshire.

National Health Service (2009). Clinical supervision policy. Leicestershire County and Rutland: National Health Service Primary Care Trust.

National Health Service (2006). Clinical supervision policy. Leicestershire County and Rutland: National Health Service Primary Care Trust.

National Health Service (1993). *A vision for the future: the nursing, midwifery and health visiting contribution to health care*. London: Department of Health.

Nazarko, L. (2006). Developing practice. *Nursing & Residential Care*, 8(12), pp. 576-579.

Neary, M. (2000). *Teaching, assessing and evaluation for clinical competence*. Cheltenham: Stanley Thornes.

Nicklin, P. (1997). A practice centred model of clinical supervision. *Nursing Times*, 93(46), pp. 52-54.

Nielsen, H., & Tulinius, C. (2009). Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route. *Education for Primary Care, 20*, pp. 353-359.

Nunes, L. (2009). Entrevista à enfermeira Lucília Nunes, Presidente do Conselho de Enfermagem da O.E. *Revista da Ordem dos Enfermeiros, 32*, pp. 4-12.

O'Brien, T., & Delonguis, A. (1996). The interactional context of problem-emotion and relationship focused coping: the role of the big five personality factors. *Journal of Personality, 64*, 775-813.

Oliveira, A. (2009). *Bioestatística, epidemiologia e investigação: uma nova abordagem sem equações matemáticas*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Dados estatísticos*. Obtido em 6 de Julho de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <http://ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Caderno temático: acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica: estrutura de idoneidades, concepções, processos, etapas e funcionamento*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional - fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estatuto: nova redacção conferida pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Conselho de enfermagem. Do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato - 1999/2003)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros & Ministério da Saúde (2011). *Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço nacional de saúde: indicadores e valores de*

refência. Obtido em 3 de Julho de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <http://ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros & Universidade Católica Portuguesa (2004). *As condições de trabalho dos enfermeiros portugueses: relatório do estudo elaborado no âmbito da solicitação da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pais, A., & Monteiro, M. (2002). *Avaliação: uma prática diária* (2ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia e saúde* (3ª ed.). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.

Paunonen-Ilmonen, M. (1991). Changes initiated by nursing supervision program: an analysis based on log-linear model. *Journal Of Advanced Nursing*, 16, 982-986.

Pereira, F. (2007). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados. *Tese de Doutoramento (nao publicado)*. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Salazar.

Perry, B. (2009). Role modeling excellence in clinical nursing practice. *Nurse Education in Practice*, 9, pp. 36-44.

Ping, X. (2008). Roles and models of clinical supervision. *Singapore Nursing Journal*, 35(2), pp. 26-32.

Pires, R. (2004). Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional. *Dissertação de Mestrado (Não publicado)*. Universidade de Aveiro.

Platt-Kock, L. (1986). Clinical supervision for psychiatric nurses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 24, 7-15.

Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.

Postic, M. (1990). *Observação e formação de professores*. Coimbra: Livraria Almedina.

Powell, A. (2005). Starting as we mean to go on: supporting newly qualified practitioners. *British Journal of Midwifery*, 13(11), 726.

Price, A. (2004). Encouraging reflection and critical thinking in practice. *Nursing Standard*, 18(47), pp. 46-52.

Proctor, B. (1986). Supervision: a co-operative exercise in accountability. In M. Marken, & M. Payne, *Enabling and Ensuring*. Leicester: National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work.

Reeves, A. (2005). Emotional intelligence: recognizing and regulating emotions. *AAOHN Journal*, 53(4), 172-176.

Rego, A., Cunha, M., Oliveira, C., & Marcelino, A. (2007). *Coaching para executivos* (2ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.

Rice, F., Cullen, P., McKenna, H., Kelly, B., Keeney, S., & Richey, R. (2007). Clinical supervision for mental health nurses in Northern Ireland: formulating best practice guidelines. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 516-521.

Rice, V. (2000). *Handbook of stress, coping and health: implications for nursing research, theory and practice*. California: Sage Publications.

Rodwell, J., Noblet, A., Demir, D., & Steane, P. (2009). Supervisors are central to work characteristics affecting nurse outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 310-319.

Royal College of Nursing (2003). *Clinical supervision in the workplace: guidance for occupational health nurses*. London: Royal College of Nursing.

Santos, C. (2003). A representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida do doente oncológico e família. *Tese de Doutoramento (não publicado)*. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Scaife, J., & Walsh, S. (2001). The emotional climate of work and the development of self. In J. Scaife, *Supervision in the mental professions: a practitioner's guide* (pp. 30-51). United Kingdom: Brunner-Routledge.

Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.

Scott, C., Nolin, J., & Wilburn, S. (2006). Barriers to effective clinical supervision for counseling students and postgraduate counselors: implications for rehabilitation counselors. *Rehabilitation Education*, 20(2), pp. 91-102.

Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias* (2ª ed.). Coimbra: Adriano Vaz Serra.

Severinsson, E. (2012). Evaluation of the Manchester clinical supervision scale: Norwegian and Swedish versions. *Journal of Nursing Management*, 20, pp. 81-89.

Severinsson, K. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, pp. 164-170.

Severinsson, E. (2001). Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*, 8(1), pp. 36-44.

Shaha, M., Wenzel, J., & Hill, E. (2011). Planning and conducting focus group research with nurses. *Nurse Researcher*, 18(2), pp. 77-87.

Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, pp. 11-19.

Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem - uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau & Escola Superior de Enfermagem S. João.

Simões, J., & Garrido, A. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(4), pp. 599-608.

Simpson, S., & Sparkes, C. (2008). Are you getting enough? - (2) Supervision models and barriers. *Speech & Language Therapy in Practice*, pp. 18-19.

Sirola-Karvinen, P., & Hirkäs, K. (2006). Clinical supervision for nurses in administrative and leadership positions: a systematic literature review of the studies focusing on administrative clinical supervision. *Journal of Nursing Management*, 14, 601-609.

Sloan, G. (2005). Clinical supervision: beginning the supervisory relationship. *British Journal of Nursing*, 14(17), 918-923.

Sloan, G. (1999). Good characteristics of clinical supervisor: a community mental nurse perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 713-722.

Sloan, G. (1998). Focus group interviews: defining clinical supervision. *Nursing Standard*, 12, pp. 40-43.

Sloan, G., & Watson, H. (2002). Clinical supervision: models for nursing structure, research and limitations. *Nursing Standard*, 17(4), pp. 41-46.

Sloan, G., & Watson, H. (2001a). Illuminative evaluation: evaluating clinical supervision on its performance rather than the applause. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 664-673.

Sloan, G., & Watson, H. (2001b). John Heron's six category intervention analysis: towards understanding interpersonal relations and progressing the delivery of clinical supervision for mental health nursing in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 206-214.

Sloan, G., White, C., & Coit, F. (2000). Cognitive therapy supervision as a framework for clinical supervision in nursing: using structure to guide discovery. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 515-524.

Smedley, A. (2008). Becoming and being a preceptor: a phenomenological study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(4), 185-191.

Smedley, A., Morey, P., & Race, P. (2010). Enhancing the knowledge, attitudes, and skills of preceptors: an Australian perspective. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41 (10), 451-461.

Smith, K., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. (2009). Emotional intelligence and nursing: an integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1624-1636.

Sousa, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Coimbra: Formasau.

Stevenson, V., & Sloan, G. (2012). developing staff competency in delivering cognitive behavioural interventions to service nurses. *Mental Health Practice*, 15(7), pp. 26-30.

Stratton, K., Blegen, M., Pepper, G., & Vaughn, T. (2004). Reporting of medication errors by pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(6), 385-392.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Stuart, C. (2003). *Assessment, supervision and support in clinical practice: a guide for nurses, midwives and other health professionals*. London: Churchill Livingstone.

Susman, G., & Evered, R. (1978). An assessment of the scientific merits of action research. *Administrative Science Quarterly*, 23, pp. 582-603.

Swiscow, T. (1997). *Statistics at square one: correlation and regression* (9ª ed.). London: BMJ Publishing Group.

Teasdale, K., Brocklehurst, N., & Thom, N. (2000). Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. *Nursing and Health Care Management*, 33(2), pp. 216-224.

Thorsteinsson, L. (2002). The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illness: the magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 32-40.

Tromski-Klingshirn, D., & Davis, T. (2007). Supervisee's perceptions of their clinical supervision: a study of the dual role of clinical and administrative supervisor. *Counselor Education & Supervision*, 46, pp. 294-304.

Tuckman, B., & Jensen, M. (1977). Stages of small-group development revisited. *Group & Organization Studies*, 2(4), pp. 419-427.

Ulrich, C., O'Donnel, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2007). Ethical climate, ethics stress and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Sciences & Medicine*, 65, pp. 1708-1719.

Unidade Local de Saúde de Matosinhos (2005). Boletim normativo 226 - funções do enfermeiro de referência. (*não publicado*). Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Vala, J. (1988). A análise de conteúdo. In A. Silva, & J. Pinto, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 102-128). Porto: Edições Afrontamento.

Veiga-Branco, M. (2005). Competência emocional em professores: um estudo em discursos do campo educativo. *Tese de Doutoramento*. Porto: Universidade do Porto.

Velez, C. (2003). Gestão do stresse nos profissionais de saúde. *Nursing*, 179, pp. 10-13.

Vilela, A. (2006). Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros. Validação de um instrumento de medida. *Dissertação de Mestrado (não publicado)*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Walsh, K., Nicholson, J., Keough, C., Pridham, R., Kramer, M., & Jeffrey, J. (2003). Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 33-39.

Watkins, E. (2012). Development of the psychotherapy supervision: review of and reflections on 30 years of theory and research. *American Journal of Psychotherapy*, 66(1), 45-83.

Webb, C., & Kevern, J. (2001). Focus group as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 798-805.

White, E., & Roche, M. (2006). A selective review of mental health nursing in New South Wales, Australia, in relation to clinical supervision. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 20-219.

White, E., & Winstanley, J. (2010a). A randomized controlled trial of clinical supervision selected findings from a novel Australian attempt to evidence base for casual relationships with quality of care and patients outcomes, as an informed contribution to mental health nursing practice dev. *Journal of Reasearch in Nursing*, *15*, 151-167.

White, E., & Winstanley, J. (2010b). Clinical supervision for mental health professionals: the evidence base. *Social Work & Social Sciences Review*, *14*(3), pp. 73-90.

White, E., & Winstanley, J. (2006). Cost and resource implications of clinical supervision in nursing: an Australian perspective. *Journal of Nursing Management*, *14*, 628-636.

Williams, A. (1996). Health policy implications of using quality of life measures in the economic evaluation of health care. In B. Spilker, *quality of life and pharmacoconomics in clinical trials* (2nd ed., pp. 753-759). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Wilson, J. (1999). Clinical supervision: practicalities for the supervisor. *Accident & Emergency Nursing*, *7*, pp. 58-64.

Winstanley, J. (2000). *Manchester Clinical Supervision Scale: user guide*. Australia: Julie Winstanley.

Winstanley, J., & White, E. (2011). The MCSS - 26: Manchester Clinical Supervision Scale using the rasch measurement model. *Journal of Nursing Measurement*, *19*(3), 160-178.

Winstanley, J., & White, E. (2003). Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, *10*(4), pp. 7-38.

Winstanley, J., & White, E. (2002). Clinical supervision: models, measures and best practice. *Monograph* . Asustralia: Australian & New Zealand Colllege of Mental Health Nurses.

Wood, J. (2004). Clinical supervision. *British Journal of Perioperative Nursing*, *14*(4), 151-156.

Yegdich, T. (1999). Clinical supervision and managerial supervision: some historical and conceptual considerations. *Journal of Advanced Nursing*, *30*(5), 1195-1204.



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**DO *AD HOC* A UM MODELO DE
SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM EM USO**

Volume II - Anexos

por

Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz

Setembro, 2012

INDICE

	p.
Anexo 1 – Autorização da ULSM para a realização do estudo	6
Anexo 2 – Autorização do CHMA para a realização do estudo	8
Anexo 3 – Licença da MCSS [®]	10
Anexo 4 – Autorização para a utilização do IRRP [®]	12
Anexo 5 – Autorização para a utilização da EVBCIE [®]	14
Anexo 6 – Autorização do autor que validou a EVBCIE [®] para a população de enfermeiros	16
Anexo 7 – Questionário aplicado na ULSM	18
Anexo 8 – Tabela 8 – Frequência absoluta, média, desvio padrão, coeficiente de correlação intraclasse, intervalo de confiança e coeficiente <i>alpha de Cronbach</i> da versão portuguesa da MCSS [®]	24
Anexo 9 – Tabela 9 – Componente matriz rodada da versão portuguesa da MCSS [®]	26
Anexo 10 – Tabela 10 – <i>Weight Kappa</i> , erro padrão e intervalo de confiança da versão portuguesa da MCSS [®]	29
Anexo 11 – Parecer da Professora Doutora Julie Winstanley	31
Anexo 12 – Questionário da Fase I	33
Anexo 13 – Guião da entrevista da Fase I	45
Anexo 14 – Quadro 9 – Perspetivas sobre SCE: ‘conceito’	47
Anexo 15 – Quadro 10 – Perspetivas sobre SCE: ‘modelo’	52
Anexo 16 – Quadro 11 – Perspetivas sobre SCE: ‘estratégias’	55
Anexo 17 – Quadro 12 – Perspetivas sobre SCE: ‘categoria profissional do supervisor	

clínico’	63
Anexo 18 – Quadro 13 – Perspetivas sobre SCE: ‘frequência da SCE’	66
Anexo 19 – Quadro 14 – Perspetivas sobre SCE: ‘natureza do cuidado’	68
Anexo 20 – Quadro 15 – Relevância da SCE: ‘formativa’	71
Anexo 21 – Quadro 16 – Relevância da SCE: ‘administrativa’	73
Anexo 22 – Quadro 17 – Relevância da SCE: ‘normativa’	76
Anexo 23 – Quadro 18 – Relevância da SCE: ‘restauradora’	80
Anexo 24 – Quadro 19 – Condições para a SCE: ‘caraterísticas da equipa’	82
Anexo 25 – Quadro 20 – Condições para a SCE: ‘fatores’	85
Anexo 26 – Quadro 21 – Condições para a SCE: ‘figura do supervisor clínico’	88
Anexo 27 – Quadro 22 – Condições para a SCE: ‘gestão’	90
Anexo 28 – Quadro 23 – Condições para a SCE: ‘recursos’	92
Anexo 29 – Quadro 24 – Enfermeiro supervisor clínico: ‘competências’	94
Anexo 30 – Quadro 25 – Enfermeiro supervisor clínico: ‘formação’	99
Anexo 31 – Quadro 26 – Enfermeiro supervisor clínico: ‘proveniência’	102
Anexo 32 – Quadro 27 – Procedimentos de SCE: ‘tempo’	104
Anexo 33 – Quadro 28 – Procedimentos de SCE: ‘frequência das sessões’	107
Anexo 34 – Quadro 29 – Procedimentos de SCE: ‘local’	109
Anexo 35 – Quadro 30 – Procedimentos de SCE: ‘tipologia’	111
Anexo 36 – Questionário de avaliação da formação em SCE	114
Anexo 37 – Tabela 11 – Frequência absoluta e relativa das respostas à avaliação da formação em SCE	116

Anexo 38 – Questionário da Fase IV	119
Anexo 39 – Tabela 12 – Média, desvio padrão, correlação e <i>alpha de Cronbach</i> da versão portuguesa da MCSS [®]	132
Anexo 40 – Tabela 13 – Número de itens, média, desvio padrão, correlação e <i>alpha de Cronbach</i> de cada subescala da versão portuguesa da MCSS [®]	134
Anexo 41 – Tabela 14 – Correlação das subescalas da versão portuguesa da MCSS [®]	137
Anexo 42 – Tabela 15 – Mediana, percentil 25 e 75 da versão portuguesa da MCSS [®] de acordo com as unidades hospitalares	139
Anexo 43 – Tabela 16 – Componente matriz rodada das respostas dos enfermeiros supervisionados à versão portuguesa da MCSS [®]	141
Anexo 44 – Tabela 17 – Itens invertidos e eliminados por escala do IRRP [®]	144
Anexo 45 – Tabela 18 – Correlação entre a versão portuguesa da MCSS [®] e o IRRP [®]	146
Anexo 46 – Tabela 19 – Correlação entre a versão portuguesa da MCSS [®] e a EVBCIE [®]	149
Anexo 47 – Tabela 20 – Mediana, percentil 25 e 75 da versão portuguesa da MCSS [®] , do IRRP [®] e da EVBCIE [®] de acordo com a natureza da unidade de prestação de cuidados	151
Anexo 48 – Guião da entrevista da Fase IV	154
Anexo 49 – Quadro 31 – Condições para a SCE: ‘caraterísticas da equipa’	156
Anexo 50 – Quadro 32 – Condições para a SCE: ‘estudo de investigação’	159
Anexo 51 – Quadro 33 – Condições para a SCE: ‘gestão’	162
Anexo 52 – Quadro 34 – Condições para a SCE: ‘recursos’	165
Anexo 53 – Quadro 35 – Enfermeiro supervisor clínico: ‘critérios de seleção’	167
Anexo 54 – Quadro 36 – Enfermeiro supervisor clínico: ‘competências’	170
Anexo 55 – Quadro 37 – Enfermeiro supervisor clínico: ‘áreas de formação’	175

Anexo 56 – Quadro 38 – Enfermeiro supervisor clínico: ‘desempenho do papel’	178
Anexo 57 – Quadro 39 – Estratégias de implementação do MSCEC: ‘adequação’	180
Anexo 58 – Quadro 40 – Estratégias de implementação do MSCEC: ‘contrato de SCE’	183
Anexo 59 – Quadro 41 – Estratégias de implementação do MSCEC: ‘formação em SCE’ .	186
Anexo 60 – Quadro 42 – Estratégias de implementação do MSCEC: ‘reuniões’	189
Anexo 61 – Quadro 43 – Procedimentos da SCE: ‘cronograma’	191
Anexo 62 – Quadro 44 – Procedimentos da SCE: ‘tempo’	194
Anexo 63 – Quadro 45 – Procedimentos da SCE: ‘local’	196
Anexo 64 – Quadro 46 – Procedimentos da SCE: ‘frequência’	199
Anexo 65 – Quadro 47 – Contributos do MSCEC: ‘percurso’	202
Anexo 66 – Quadro 48 – Contributos do MSCEC: ‘efeitos do MSCEC’	204
Anexo 67 – Quadro 49 – Sugestões: ‘aumentar ao tempo’	223
Anexo 68 – Quadro 50 - Sugestões: ‘candidatura a enfermeiro supervisor clínico’	226
Anexo 69 – Quadro 51 – Sugestões: ‘comparticipação da instituição na formação em SCE’	228
Anexo 70 – Quadro 52 – Sugestões: ‘continuação/alargamento da SCE a outros serviços/instituições’	230
Anexo 71 – Quadro 53 – Sugestões: ‘delegação de funções’	233
Anexo 72 – Quadro 54 – Sugestões: ‘divulgação da investigação’	235
Anexo 73 – Quadro 55 – Sugestões: ‘formação’	237
Anexo 74 – Quadro 56 – Sugestões: ‘intervenção do enfermeiro supervisor clínico major’	239
Anexo 75 – Quadro 57 – Sugestões: ‘meios’	241

Anexo 76 – Quadro 58 – Sugestões: ‘obrigatoriedade da SCE’	243
Anexo 77 – Quadro 59 – Sugestões: ‘organização das equipas’	245
Anexo 78 – Quadro 60 – Sugestões: ‘papel do enfermeiro chefe’	247

Anexo 1

Autorização da ULSM para a realização do estudo

Sandra Santos Cruz
Escola Superior de Enfermagem do Porto
R. Dr. António Bernardino de Almeida
4200 - 072 Porto
Telef: 22 507 35 00 (Gab. 12)
Email: sandracruz@esenf.pt

AO CA para os devidos
efeitos

20/06/08

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E.
REUNIÃO DE CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
24/6/08

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação da Manchester Clinical Supervision Scale®

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde de Matosinhos SA
C/C da Exma. Sr.ª Enfermeira Directora

Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz, Professora - Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto e aluna do 2º. Curso de Doutoramento da Universidade Católica Portuguesa, a realizar o seu trabalho de investigação intitulado "DO AD HOC A UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM EM USO", sob orientação do Professor Doutor António Luís Carvalho e co - orientação do Professor Doutor Paulino Sousa, vem por este meio solicitar a V. Exa. que lhe seja concedida a autorização para a aplicação da Manchester Clinical Supervision Scale® (Escala de Supervisão Clínica de Manchester) aos Enfermeiros da vossa Instituição, de modo a poder validar esta escala para a população portuguesa, visto constituir um instrumento de colheita de dados fundamental na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A aplicação da Manchester Clinical Supervision Scale® respeitará os princípios éticos inerentes a um trabalho de investigação. Assim, e no que se refere à participação dos enfermeiros, esta será voluntária e não terá qualquer risco associado, pelo que poderão a qualquer momento desistir de colaborar no mesmo. Asseguraremos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Mais se informa que nos encontramos a disposição de V. Exa. para qualquer assunto ou pedido de esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 18 de Junho de 2008

Pede deferimento,

(Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz)

PS: Anexa-se o questionário com a Manchester Clinical Supervision Scale®

ULSN 19/06/08 15368ENT

Anexo 2

Autorização do CHMA para a realização do estudo



MINISTÉRIO DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, E.P.E.

TELEFONE: 252 830 700

TELEFAX: { 252 858 018 Aprovisionamento
252 858 986 Administração

Ex.ma Sr.ª Professora Adjunta

Dr.ª Sandra Sílvia Silva Santos Cruz

Escola S. de Enfermagem do Porto

R. Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Sua referência

Sua comunicação de


Nossa referência
173CA/18

Data
2007-11-02

ASSUNTO **Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação**

Conforme solicitado pelo V/ ofício, sobre o assunto em epígrafe, informamos que o estudo de investigação foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos
Presidente do Conselho de Administração



Dr. José Maria Dias

Sede: Largo Domingos Moreira — 4780-371 Santo Tirso

Mod. 20

Na resposta indicar o número e referências constantes destes documentos

Anexo 3

Licença da MCSS®

Manchester Clinical Supervision Scale

Email:
clinicalsupervisionscale@juggernaut.anchor.net.au
Contact telephone: 01772 716095

Invoice: CS/0064

Date 26/11/07

Sandra Silvia Silva Monteiro Santos Cruz
Praceta Luis de Camoes, n° 23, 3°. Direito
4420-488 Gondomar
Portugal

		Price
Manchester Clinical Supervision Scale manual and disc	1	£ 190.00
Postage		10.00
Payment within 30days		£200.00

Payment by BACS transfer to:

HSBC Bank, Sort Code:403130, Account Number:81496506

Anexo 4

Autorização para a utilização do IRRP®

Sandra Cruz

De: mcintyre@bragatel.pt
Enviado: segunda-feira, 24 de Setembro de 2007 22:13
Para: Sandra Cruz
Assunto: RE: Pedido de autorização do IRRP
Anexos: BPS99use.doc; Escalas BPS.doc

Cara Dra. Sandra

Junto envio o IRRP e chave de correcção. Poderá pedir cópia do relatório à Fundação Bial. No BPS apenas usamos as escalas principais: queixas físicas, ansiedade, depressão, perda de controle, culpabilidade, raiva/frustração, e os recursos: suporte social, existencial e confiança no coping.

Em relação à autorização, costumo apenas enviar mensagem de e-mail confirmando que autorizo o uso do instrumento para fins desta investigação, o que penso já ter feito.

Desejo-lhe todo o sucesso com o seu trabalho.


Cumprimentos

Teresa McIntyre

Anexo 5

Autorização para a utilização da EVBCIE®

E.S.E.P.	
Entrada	Expediente
Em. 26/09/07	
N.º 00776542	

27/9/2007
à Prof. Sandra Cruz


Ex.ma Senhora
Drª Sandra Cruz

Assunto: Autorização para utilização da EVBCIE

Maria Augusta Romão da Veiga Branco, vem expressamente apresentar a sua autorização, para V. Exª utilizar a “Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional” para efeitos de Investigação. Para qualquer outra necessidade de orientação científica, no que ao IRD disser respeito, mais reafirmo que me encontro ao seu dispor.

Com os melhores cumprimentos pessoais, *e entusiasmo!*
Bragança, 24 de Setembro de 2007-09-24


Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Autorização do autor que validou a EVBCIE® para a população de enfermeiros

Exmo. Sr. Dr. António Carlos Vilela

Escola Superior de Enfermagem do Porto

ASSUNTO: Pedido de autorização da utilização da adaptação do instrumento: “Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional”.

Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz, Professora – Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a frequentar o 2º. Curso de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação na área da Supervisão Clínica em Enfermagem. Este estudo, de carácter exploratório, descritivo e correlacional, com a orientação do Professor Doutor António Luís Carvalho e Co – Orientação do Professor Doutor Paulino Sousa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, toma como principais objectivos: Identificar o conjunto de competências dos enfermeiros supervisores; Descrever os efeitos da supervisão clínica em enfermagem numa amostra de enfermeiros; Explorar relações entre os efeitos da supervisão clínica em enfermagem e algumas variáveis e características da população escolhida, nomeadamente as capacidades da inteligência emocional e o stresse, entre outras.

Neste contexto, e tendo tomado conhecimento do seu trabalho de adaptação e validação da “Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional”, utilizada em enfermeiros, solicita a Vossa Ex.^a que autorize a utilização da adaptação do instrumento.

Sem outro assunto de momento, subscreve-se atenciosamente.

Porto, 19 de Julho de 2007

Pede deferimento,



(Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz)

Sandra Cruz

Esc. Sup. de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200 – 072 Porto

Tel: 22 507 35 00 Tlm: 917 988 930

E-mail: sandracruz@esenf.pt

AUTORIZO A UTILIZAÇÃO
DA ADAPTAÇÃO DA ESCALA
CITADA, PARA ESTE EFEITO.

António Carlos Lopes Vilela.
19.VII.2007.

Anexo 7

Questionário aplicado na ULSM

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Os efeitos da supervisão clínica em enfermagem na qualidade dos cuidados são um dos aspetos fundamentais na melhoria da qualidade e foram definidos como uma área alvo pela Organização Mundial da Saúde. Realça-se que neste estudo se entende por supervisão clínica em enfermagem – “*Um processo formal de sustentação da prática que permite aos enfermeiros adquirirem conhecimentos, competências e consciencializarem-se da responsabilidade da prática clínica, realça a proteção dos clientes e incrementa a segurança das práticas nas situações clínicas mais complexas*” (Department of Health, 1993:15)¹ e que neste contexto as sessões de supervisão clínica ocorrem sempre que o Supervisor Clínico *apoia o desenvolvimento do profissional (seu par) ajudando-o a contornar dificuldades, a refletir sobre as práticas e a desenvolver competências que lhe permitem cuidar com qualidade* (Pires, 2004:6)².

Como Professora – Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto e como aluna do 2º Curso de Doutoramento da Universidade Católica Portuguesa, a realizar o seu trabalho de investigação, sob a orientação do Professor Doutor Luís Carvalho e co – orientação do Professor Doutor Paulino Sousa e no qual se pretende estudar a temática da supervisão clínica em enfermagem, tornou-se oportuno e necessário validar para a população portuguesa a Manchester Clinical Supervision Scale^{®3} (Escala de Supervisão Clínica de Manchester), visto constituir um instrumento de colheita de dados fundamental na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O questionário anexo, que vai ser distribuído aos Enfermeiros da Unidade Local de Saúde de Matosinhos é composto por duas dimensões, nomeadamente, a caracterização sócio – demográfica e a Escala de Supervisão Clínica de Manchester.

A participação dos Enfermeiros no estudo é voluntária e não terá qualquer risco associado, pelo que poderão a qualquer momento desistir de colaborar no mesmo. Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Neste contexto, asseguramos a confidencialidade e o anonimato dos dados.

Agradecendo antecipadamente a colaboração prestada.

sandra cruz

¹ DEPARTMENT OF HEALTH. (1993). *A Vision for the Future: The Nursing, Midwifery and Health Visiting Contribution to Health and Health Care*. London: HMSO.

² PIRES, R. (2004). *Acompanhamento da Atividade Clínica dos Enfermeiros: Contributos para a Definição de uma Política Organizacional*. Dissertação de Mestrado em Supervisão apresentada à Universidade de Aveiro sob a orientação do Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu. Aveiro: (não publicado).

³ WINSTANLEY, J. (2000). Manchester Clinical Supervision Scale. *Nurs Stand*, 19, p. 31 – 32.

NOTA: Com a finalidade de se proceder à codificação do questionário e de poder voltar a responder ao mesmo noutra altura, preencha por favor, os 3 primeiros números do seu Bilhete de Identidade (B.I.) e os 3 primeiros números do seu Número de Identificação Fiscal (N.I.F.).

B.I.			
N.I.F.			

PARTE 1 - CARATERIZAÇÃO SÓCIO - DEMOGRÁFICA

Coloque uma cruz no espaço que corresponde à sua resposta, sempre que necessário, ou responda à pergunta por favor.

1.Sexo: Feminino Masculino **2.Idade** (anos completos): ____ **3.Tempo de serviço** (anos completos): ____

4.Qual é a sua categoria profissional?

Enfermeiro Enfermeiro Graduado Enfermeiro Especialista <v

5.Relativamente à sua situação jurídica de emprego, que tipo de vínculo possui?

Vínculo definitivo à função pública Contrato individual de trabalho a termo certo

Contrato individual de trabalho sem termo (efetivo) Outro:
Qual?_____

6.Na Unidade Local de Saúde de Matosinhos em que Instituição desempenha as suas funções?

Centro de Saúde: Qual?_____ Unidade de Saúde Familiar:
Qual?_____

Hospital Pedro Hispano: Serviço?: _____

7.Tempo de permanência no mesmo Serviço?

0 a < 6 meses ≥ 6meses a < 1 ano ≥ 1 ano a < 2 anos ≥ 2anos a 5 anos ≥ 5 anos

8.Qual é o seu horário de trabalho? 35h Semanais 42h Semanais
Outro: Qual?_____

9.Que tipo de horário de trabalho tem? Horário fixo *Roulement* Outro:
Qual?_____

10. Acumula funções nesta Instituição ou noutra? Não Sim:
Quantas horas? _____

11. Qual a regularidade de contacto com o seu Supervisor Clínico durante o horário de trabalho?

Nenhuma Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente

12. Qual a regularidade das sessões de supervisão clínica (Ver nota de rodapé)?

Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente 2-3meses
> 3meses

13. Qual o local utilizado para as sessões de supervisão clínica?

No local de trabalho Fora do local de trabalho Ambos

14. Qual é o tempo de duração das sessões de supervisão clínica?

< 15 min. ≥ 15min. a < 30min. ≥ 30min. a < 45min. ≥ 45min. a < 60 min. ≥ 60 min.

15. Qual é o seu grau académico (considere o mais elevado)?

Bacharel ou equiparado Licenciado ou equiparado

Mestre (Área)_____ Doutor (Área)_____ Outro:
Qual?_____

16. Possui algum Curso de Formação Pós - Graduada? Não Sim:
Qual?_____

17. Neste momento está a frequentar algum Curso/Formação? Não Sim:
Qual?_____

18. Prevê vir a frequentar algum Curso/Formação? Não Sim:
Qual?_____

PARTE 2 - ESCALA DE SUPERVISÃO CLÍNICA DE MANCHESTER®

Assinale, com apenas um círculo/cruz, a resposta que traduza a sua opinião face a cada afirmação:

Legenda: 1-Discordo totalmente; 2-Não concordo; 3-Sem opinião; 4-Concordo; 5-Concordo totalmente

1.A pressão acumulada no trabalho interfere com as sessões de supervisão clínica (S.C.).	1	2	3	4	5
2.É difícil obter tempo para as sessões de S.C..	1	2	3	4	5
3.As sessões de S.C. são desnecessárias.	1	2	3	4	5
4.O tempo utilizado nas sessões de S.C. afasta-me das minhas funções na prática clínica.	1	2	3	4	5
5.A supervisão clínica liberta-me da pressão do trabalho.	1	2	3	4	5
6.A preparação das sessões de S.C. aumenta a pressão no trabalho.	1	2	3	4	5
7.Considero que as sessões de S.C. consomem muito tempo.	1	2	3	4	5
8.O Supervisor Clínico dá-me apoio e encoraja-me.	1	2	3	4	5
9.A S.C. não resolve assuntos de carácter pessoal.	1	2	3	4	5
10.As sessões de S.C. são intrusivas.	1	2	3	4	5
11.A S.C. proporciona-me tempo para refletir.	1	2	3	4	5
12.Problemas do trabalho poderão ser discutidos de forma construtiva durante as sessões de S.C..	1	2	3	4	5
13.As sessões de S.C. facilitam a prática reflexiva.	1	2	3	4	5
14.Se há algo que não compreendo, o Supervisor Clínico é sempre aquele a quem posso recorrer.	1	2	3	4	5
15.O Supervisor Clínico dá uma opinião imparcial.	1	2	3	4	5
16.O Supervisor Clínico é alguém com quem posso abordar aspetos mais sensíveis que se apresentam na prática clínica.	1	2	3	4	5
17.Foi muito útil falar sobre assuntos de carácter pessoal com alguém diferente.	1	2	3	4	5
18.As sessões de S.C. são uma parte importante na minha rotina de trabalho.	1	2	3	4	5
19.O Supervisor Clínico nunca se encontra disponível, quando necessário.	1	2	3	4	5
20.Aprendo com a experiência do Supervisor Clínico.	1	2	3	4	5
21.É importante arranjar tempo para as sessões de S.C..	1	2	3	4	5
22.O Supervisor Clínico dá-me bons conselhos.	1	2	3	4	5
23.O Supervisor Clínico é sincero comigo.	1	2	3	4	5
24.As sessões com o Supervisor Clínico aprofundam o meu conhecimento sobre a prática clínica.	1	2	3	4	5

25.A S.C. não é necessária para Enfermeiros com experiência e “anos de casa”.	1	2	3	4	5
26.O Supervisor Clínico impede-me que questione temas delicados.	1	2	3	4	5
27.O Supervisor Clínico age de modo prepotente durante as sessões.	1	2	3	4	5
28.A S.C. é direcionada para Enfermeiros com pouca experiência ou recentemente admitidos no serviço.	1	2	3	4	5
29.A S.C. auxilia a tornar-me num melhor profissional.	1	2	3	4	5
30.Sem as sessões de S.C. piora a qualidade da prestação de cuidados.	1	2	3	4	5
31.As sessões de S.C. transmitem motivação.	1	2	3	4	5
32.Sinto-me menos stressado após falar com o Supervisor Clínico.	1	2	3	4	5
33.As sessões de S.C. melhoram a qualidade da prestação dos cuidados.	1	2	3	4	5
34.A S.C. permite-me desenvolver competências e a qualidade dos cuidados.	1	2	3	4	5
35.O Supervisor Clínico disponibiliza orientação na prestação dos cuidados.	1	2	3	4	5
36.Ao receber sessões de S.C., melhoro a qualidade dos cuidados que presto aos clientes.	1	2	3	4	5

Muito Obrigado pela sua colaboração!

sandracruz

Tabela 8 - Frequência absoluta, média, desvio padrão, coeficiente de correlação intraclass, intervalo de confiança e coeficiente *alpha de Cronbach* da versão portuguesa da MCSS®

Tabela 8 - Frequência absoluta, média, desvio padrão, coeficiente de correlação intraclasse, intervalo de confiança e coeficiente *alpha de Cronbach* da versão portuguesa da MCSS[®]

	Recolha								CCI*	IC 95%
	n	1ª Recolha			2ª Recolha					
		Média	(dp)	α	Média	(dp)	α			
F1 (7ítems) (confiança)	219	26,49	(4,23)	0,819	26,10	(4,33)	0,843	0,833	0,787;	0,869
F2 (6ítems) (aconselhamento/apoio do supervisor clínico)	220	22,47	(4,01)	0,893	22,50	(3,91)	0,910	0,852	0,811;	0,885
F3 (7ítems) (desenvolvimento de cuidados/competências)	223	24,29	(4,60)	0,865	24,45	(4,33)	0,864	0,843	0,800;	0,877
F4 (6ítems) (importância/valor da supervisão clínica)	219	23,82	(3,09)	0,648	23,99	(2,95)	0,672	0,706	0,633;	0,767
F5 (4ítems) (tempo)	223	12,30	(2,72)	0,653	12,83	(2,65)	0,683	0,705	0,633;	0,766
F6 (3ítems) (assuntos pessoais)	221	8,02	(2,05)	0,413	8,24	(1,97)	0,453	0,643	0,558;	0,714
F7 (3ítems) (reflexão)	224	11,71	(2,01)	0,820	11,61	(1,95)	0,790	0,709	0,637;	0,768
Ftotal (36ítems)	212	129,11	(16,47)	0,923	129,72	(15,72)	0,923	0,885	0,852;	0,911

dp- Desvio padrão; α - *alpha de Cronbach* para cada domínio tendo em conta os itens que o compõem; *CCI – Coeficiente de correlação intraclasse; IC- Intervalo de confiança de 95%

Tabela 9 – Componente matriz rodada da versão portuguesa da MCSS[®]

Tabela 9 – Componente matriz rodada da versão portuguesa da MCSS*

	Componente matriz rodada					
	1	2	3	4	5	6
1.A pressão acumulada no trabalho interfere com as sessões de S.C..	-0,093	0,196	0,224	0,653	-0,165	-0,072
2.É difícil obter tempo para as sessões de S.C..	-0,046	0,111	0,067	0,683	0,035	-0,107
3.As sessões de S.C. são desnecessárias.	0,013	-0,424	-0,097	0,282	0,496	-0,066
4.O tempo utilizado nas sessões de S.C. afasta-me das minhas funções na prática clínica.	-0,015	-0,167	-0,189	0,674	0,220	-0,042
5.A supervisão clínica liberta-me da pressão do trabalho.	0,164	0,003	0,253	0,042	-0,014	0,603
6.A preparação das sessões de S.C., aumenta a pressão no trabalho.	-0,030	-0,021	-0,136	0,672	0,168	0,012
7.Considero que as sessões de S.C. consomem muito tempo.	-0,030	-0,239	-0,20	0,666	0,260	0,003
8.O Supervisor Clínico dá-me apoio e encoraja-me.	0,740	0,180	0,178	-0,028	-0,111	0,092
9.A S.C. não resolve assuntos de carácter pessoal.	0,103	0,117	-0,008	0,210	0,112	-0,718
10.As sessões de S.C. são intrusivas.	-0,045	0,123	-0,399	0,405	0,296	0,150
11.A S.C. proporciona-me tempo para refletir.	0,351	0,555	0,200	-0,036	-0,007	0,121
12.Problemas do trabalho poderão ser discutidos de forma construtiva durante as sessões de S.C..	0,437	0,663*	0,053	-0,046	-0,090	-0,021
13.As sessões de S.C. facilitam a prática reflexiva.	0,330	0,795	0,118	0,027	-0,101	-0,039
14.Se há algo que não compreendo, o Supervisor Clínico é sempre aquele a quem posso recorrer.	0,779	0,130	0,099	-0,007	-0,132	-0,028
15.O Supervisor Clínico dá uma opinião imparcial.	0,688	0,166	0,047	-0,147	0,021	0,056
16.O Supervisor Clínico é alguém com quem posso abordar aspetos mais sensíveis que se apresentam na prática clínica.	0,801	0,167	0,118	0,014	-0,109	0,050
17.Foi muito útil falar sobre assuntos de carácter pessoal com alguém diferente.	0,272	0,306	-0,080	0,013	0,043	0,625
18.As sessões de S.C. são uma parte importante na minha rotina de trabalho.	0,534	0,253	0,404	-0,117	-0,068	0,106
19.O Supervisor Clínico nunca se encontra disponível, quando necessário.	-0,491	0,082	-0,006	0,211	0,465	0,080
20.Aprendo com a experiência do Supervisor Clínico.	0,720	0,204	0,209	0,024	-0,123	-0,001
21.É importante arranjar tempo para as sessões de S.C..	0,293	0,670	0,281	0,055	-0,107	0,028
22.O Supervisor Clínico dá-me bons conselhos.	0,729	0,305	0,202	0,002	-0,084	0,141
23.O Supervisor Clínico é sincero comigo.	0,790	0,192	0,073	-0,045	-0,022	0,135
24.As sessões com o Supervisor Clínico aprofundam o meu conhecimento sobre a prática clínica.	0,664	0,297	0,276	0,043	-0,146	-0,013
25.A S.C. não é necessária para indivíduos com experiência e "anos de casa".	0,000	-0,185	-0,079	0,098	0,712	0,003
26.O Supervisor Clínico impede-me que questione temas delicados.	-0,291	0,028	0,018	0,195	0,665	-0,011
27.O Supervisor Clínico age de modo prepotente durante as sessões.	-0,458	0,043	0,036	0,286	0,473	-0,097
28.A S.C. é direcionada para Enfermeiros com pouca experiência ou recentemente admitidos no serviço	-0,065	-0,105	-0,036	0,014	0,703	-0,058
29.A S.C. auxilia a tornar-me num melhor profissional.	0,427	0,450*	0,403	0,001	-0,179	0,042
30.Sem as sessões de S.C. piora a qualidade da prestação dos	0,199	0,096	0,600	-0,066	0,093	0,041

cuidados.						
31.As sessões de S.C. transmitem motivação.	0,478	0,359	0,468	-0,143	0,002	0,221
32.Sinto-me menos stressado após falar com o Supervisor Clínico.	0,472*	0,134	0,423	-0,068	0,053	0,312
33.As sessões de S.C. melhoram a qualidade da prestação dos cuidados.	0,370	0,479	0,577*	0,027	-0,132	0,099
34.A S.C. permite-me desenvolver competências e a qualidade dos cuidados.	0,385	0,483	0,567*	0,110	-0,182	0,071
35.O Supervisor Clínico disponibiliza orientação na prestação dos cuidados aos clientes.	0,671	0,178	0,352	-0,046	-0,064	0,047
36.Ao receber sessões de S.C., melho a qualidade dos cuidados que presto aos clientes.	0,395	0,354	0,627	0,047	-0,181	0,093

*Diferença entre os valores em dois ou mais fatores superior a 0,15 – selecionado o fator com valor mais elevado

Tabela 10 – *Weight Kappa*, erro padrão e intervalo de confiança da versão portuguesa da MCSS®

Tabela 10 – *Weight Kappa*, erro padrão e intervalo de confiança da versão portuguesa da MCSS[®]

Variável	WK [*]	EP ^{**}	IC95%	
ITEM 1	0,528	0,046	0,438;	1,386
ITEM 2	0,519	0,046	0,429;	1,360
ITEM 3	0,465	0,051	0,365;	1,180
ITEM 4	0,469	0,048	0,375;	1,204
ITEM 5	0,452	0,050	0,354;	1,146
ITEM 6	0,403	0,051	0,303;	0,997
ITEM 7	0,432	0,050	0,334;	1,087
ITEM 8	0,585	0,044	0,499;	1,563
ITEM 9	0,511	0,046	0,421;	1,336
ITEM 10	0,525	0,047	0,433;	1,373
ITEM 11	0,453	0,056	0,343;	1,126
ITEM 12	0,557	0,057	0,445;	1,430
ITEM 13	0,569	0,055	0,461;	1,473
ITEM 14	0,551	0,045	0,463;	1,458
ITEM 15	0,523	0,046	0,433;	1,371
ITEM 16	0,621	0,046	0,531;	1,661
ITEM 17	0,486	0,050	0,388;	1,246
ITEM 18	0,526	0,049	0,430;	1,369
ITEM 19	0,501	0,049	0,405;	1,295
ITEM 20	0,545	0,052	0,443;	1,413
ITEM 21	0,534	0,054	0,428;	1,373
ITEM 22	0,644	0,045	0,556;	1,733
ITEM 23	0,634	0,042	0,552;	1,715
ITEM 24	0,643	0,048	0,549;	1,719
ITEM 25	0,446	0,050	0,348;	1,128
ITEM 26	0,542	0,048	0,448;	1,420
ITEM 27	0,586	0,046	0,496;	1,558
ITEM 28	0,445	0,053	0,341;	1,114
ITEM 29	0,594	0,049	0,498;	1,570
ITEM 30	0,362	0,050	0,264;	0,879
ITEM 31	0,627	0,044	0,541;	1,687
ITEM 32	0,568	0,047	0,476;	1,501
ITEM 33	0,584	0,048	0,490;	1,544
ITEM 34	0,644	0,049	0,548;	1,718
ITEM 35	0,620	0,048	0,526;	1,651
ITEM 36	0,630	0,049	0,534;	1,677

^{*}WK – Weight Kappa; ^{**}EP- Erro Padrão; IC- Intervalo de confiança

Anexo 11

Parecer da Professora Doutora Julie Winstanley

Sandra Cruz

De: Julie Winstanley [juliewinstanley@ozemail.com.au]
Enviado: sábado, 2 de Janeiro de 2010 1:14
Para: 'Sandra Cruz'
Cc: 'Luis Carvalho'
Assunto: RE: MCSS_Portugal

Dear Sandra

Thank you for your email and for the update on progress with the Portuguese version of the MCSS. The standard of the statistical analysis is very high and I look forward to seeing the final article when it is published.

With kind regards
Julie

Dr Julie Winstanley PhD MSc BSc CStat CSci
Director, Osman Consulting Pty Ltd
Associate Professor, The University of Sydney

Email: juliewinstanley@ozemail.com.au
Phone/Fax: +61 2 9966 1267
Mobile: 0405 109 136
Website: www.osmanconsulting.com

Anexo 12

Questionário da Fase I

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

A melhoria da qualidade em saúde e o desenvolvimento das práticas passa, indiscutivelmente, pela promoção de uma atitude reflexiva dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros e pode ser facilitada através da supervisão clínica em enfermagem, cujos efeitos foram definidos como área alvo pela Organização Mundial de Saúde.

Como professora – adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto e como aluna do 2º Curso de Doutoramento da Universidade Católica Portuguesa, a realizar o seu trabalho de investigação, sob a orientação do Professor Doutor Luís Carvalho e coorientação do Professor Doutor Paulino Sousa, decidiu-se desenvolver um estudo exploratório, descritivo e longitudinal, no qual se vai explorar a relação existente entre a supervisão clínica em enfermagem e as capacidades para a inteligência emocional, as respostas ao stresse e os recursos de *coping* que os enfermeiros utilizam.

Para tal, é imprescindível a sua colaboração no preenchimento do presente questionário. Este é composto por três partes, nomeadamente: I – Caracterização sócio-demográfica; II – Inventário de Respostas e Recursos Pessoais[®] e III – Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional[®].

Assegura-se a confidencialidade e o anonimato dos dados. Antes de começar a responder ao questionário, preencha por favor, os 3 primeiros números do seu Bilhete de Identidade (B.I.) e os 3 primeiros números do seu Número de Identificação Fiscal (N.I.F.), de modo a proceder-se à codificação do questionário e de poder voltar a responder ao mesmo, noutra altura.

Agradecendo-se antecipadamente a colaboração prestada.

sandra cruz

**Instruções para responder à Parte III - Escala Veiga Branco das Capacidades da
Inteligência Emocional®**

Todas as afirmações devem ser respondidas. Assinale as respostas, desenhando **apenas um círculo** em redor do valor da escala que traduza o número de vezes que cada situação ocorre.

Legenda:

1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco frequente	4 Por norma	5 Frequente	6 Muito frequente	7 Sempre
-------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------

Repare no exemplo:

I - 1. Perante uma **situação/relação negativa**, na minha vida, **sinto que**, ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis:

a) Logo no momento, tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.	1 (2) 3 4 5 6 7
b) Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	1 2 3 4 5 6 (7)
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	(1) 2 3 4 5 6 7
d) Sinto que tenho a noção exacta do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... consigo defini-los.	1 2 3 4 5 6 (7)
e) Outra: Em cada situação apresentada, existe a possibilidade de escrever outro tipo de argumento	(1) 2 3 4 5 6 7

NOTA IMPORTANTE: Com a finalidade de se proceder à codificação do questionário e de poder voltar a responder ao mesmo noutra altura, preencha por favor, os 3 primeiros números do seu Bilhete de Identidade (B.I.) e os 3 primeiros números do seu Número de Identificação Fiscal (N.I.F.).

B.I.			
N.I.F.			

PARTE I - CARATERIZAÇÃO SÓCIO - DEMOGRÁFICA

Coloque uma cruz no espaço que corresponde à sua resposta, sempre que necessário, ou responda à pergunta por favor.

1. Sexo:
 Feminino Masculino

2. Idade (anos completos) _____

3. Qual é a sua categoria profissional?

Enfermeiro Enfermeiro Graduado Enfermeiro Especialista
Área:_____

4. Qual é o seu tempo de serviço (anos completos)? _____

5. Relativamente à sua situação jurídica de emprego, que tipo de vínculo possui?

Vínculo definitivo à função pública Contrato individual de trabalho a termo certo

Contrato individual de trabalho sem termo (efetivo) Outro:
Qual?_____

6. No Centro Hospitalar do Médio Ave E.P.E. em que Instituição desempenha as suas funções?

Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso Hospital São João de Deus –
Famalicao

Serviço:_____

7. Tempo de permanência no mesmo Serviço? < 1 ano 1 ano a 2 anos 3 a 5 anos
> 5 anos

8. Qual é o seu horário de trabalho? 35h Semanais 42h Semanais
Outro: Qual?_____

9. Que tipo de horário de trabalho tem? Horário fixo *Roulement* Outro:
Qual?_____

10. Acumula funções nesta Instituição ou noutra? Não Sim: Quantas horas?

11. Qual é o seu grau académico (considere o mais elevado)?

Bacharel ou equiparado Licenciado ou equiparado

Mestre (Área)_____ Doutor (Área)_____ Outro:
Qual?_____

12. Possui algum Curso de Formação Pós – Graduada? Não Sim:
Qual?_____

13. Neste momento está a frequentar algum Curso/Formação? Não Sim:
Qual?_____

14. Prevê vir a frequentar algum Curso/Formação? Não Sim:
Qual?_____

PARTE II - Inventário de Respostas e Recursos Pessoais®

Leia atentamente as afirmações seguintes. Se a afirmação for verdadeira ou verdadeira na sua maior parte, assinale com um X na coluna **V (verdadeiro)**. Se a afirmação for falsa ou falsa na sua maior parte, assinale com um X na coluna **F (Falso)**. Por favor responda a todos os itens.

	V	F
1. Sinto-me cansado e esgotado a maior parte do tempo.		
2. Sou sempre capaz de ser totalmente honesto com os outros acerca dos meus sentimentos.		
3. Ultimamente tem-me sido difícil gostar de estar com os meus amigos e familiares.		
4. Às vezes faço coisas por egoísmo.		
5. Tenho problemas de estômago.		
6. Nunca aceitaria fazer tantas coisas que não ficasse com tempo para relaxar e descontraír.		
7. Por vezes, quando estou frustrado ou irritado, sou duro para com os outros.		
8. É difícil concentrar-me numa tarefa ou trabalho porque o meu pensamento se desvia para todos os meus problemas.		
9. É sempre fácil para mim admitir quando cometi um erro.		
10. Não sou o tipo de pessoa que pode lidar com muita tensão ou problemas.		
11. Ultimamente dou comigo a remoer ou a cismar muito nos meus problemas.		
12. Raramente me sinto moído ou com muitas dores.		
13. Tenho muitas coisas com que me sentir zangado.		
14. Fico nervoso quando as pessoas me abraçam ou dizem que se importam comigo.		
15. Fico tão tenso e ansioso que isso interfere com o meu trabalho.		
16. Sinto-me deprimido.		
17. Atualmente, não me sinto debaixo de muita pressão.		
18. Não sou o tipo de pessoa que tira tempo livre porque me sinto perdida e insegura.		
19. Tenho problemas pessoais que me preocupam há anos.		
20. Irrito-me frequentemente com as falhas dos que me rodeiam.		
21. Frequentemente, sinto que não fui capaz de viver o tipo de vida certa.		
22. Preciso de falar com um médico ou um terapeuta acerca dos meus problemas pessoais.		
23. Posso contar com a minha família ou amigos quando preciso de apoio emocional e compreensão.		

24. Não pareço conseguir encontrar o tipo de força que as outras pessoas encontram na sua religião.		
25. Mesmo nos momentos difíceis a minha vida tem significado.		
26. Se mais de uma ou duas coisas me correrem mal ao mesmo tempo, sinto como se estivesse a cair aos bocados.		
27. Duvido que tenha a força interior ou coragem para persistir quando as coisas estão mesmo difíceis.		
28. As outras pessoas dizem-me que pareço andar nas nuvens.		
29. Os meus amigos e família não parecem compreender as minhas necessidades.		
30. Tenho frequentemente sensações de tremura, nervosismo ou borboletas no estômago.		
31. Pode ser que precise de estar num hospital para receber tratamento para os meus problemas psicológicos ou emocionais.		
32. Parece que entro em muitas discussões.		
33. Por vezes parece-me que as coisas seriam mais fáceis se eu não estivesse vivo.		
34. Uso frequentemente o sarcasmo quando penso que as pessoas o merecem.		
35. Raramente tenho dores de cabeça.		
36. Estou sob muito stress devido a problemas que surgiram nos últimos meses.		
37. As minhas preocupações não me saiam da cabeça.		
38. Ultimamente tenho sido tão desorganizado que me esqueço das coisas que preciso de fazer.		
39. Dou por mim a virar-me para o álcool ou drogas para me ajudarem a lidar com as pressões e desilusões da vida.		
40. Não me sinto sob muita tensão.		
41. É difícil para mim continuar a fazer as coisas na minha vida diária ou trabalho porque pareço já não ter a energia de que preciso.		
42. Não tenho uma fé ou religião que me dê uma grande força.		
43. Mesmo em circunstâncias difíceis, consigo controlar as minhas emoções.		
44. Raramente sinto vontade de chorar.		
45. É raro preocupar-me com problemas de saúde.		
46. Tenho amigos ou familiares que me dão o apoio afetivo de que preciso.		
47. Sinto-me a ferver por dentro quando as pessoas me irritam.		

48. Raramente me preocupo com a minha saúde.		
49. Muitas vezes, tenho sentimentos de culpa ou remorso por coisas que tenho feito.		
50. Tenho confiança na minha capacidade para enfrentar os problemas da minha vida.		
51. Sou uma pessoa calma e descontraída que raramente fica nervosa ou irritada.		
52. Presentemente sinto-me tão sobrecarregado que só procuro manter a minha cabeça à tona.		
53. Às vezes, no meio de dificuldades ou problemas, parece que descubro um significado mais profundo na vida.		
54. Geralmente sinto-me feliz.		
55. Nunca me sinto desconfortável em situações sociais.		
56. Se ouvir um sermão, habitualmente penso acerca de coisas erradas que tenho feito.		
57. Não tenho dificuldades em adormecer por estar tenso ou ansioso.		
58. Às vezes fico com várias coisas para fazer ao mesmo tempo porque não tive o cuidado de planear com antecedência.		
59. Quase sempre sinto ansiedade acerca de uma coisa ou outra.		
60. Tenho alguns pensamentos bastante assustadores.		
61. Pareço arrepende-me das coisas que faço mais frequentemente que as outras pessoas.		
62. Sou sempre o primeiro a oferecer ajuda se alguém está em apuros.		
63. As coisas tornaram-se tão más que recentemente pensei em acabar com a minha vida.		
64. As coisas que imagino parecem tão reais que me assustam.		
65. Receio que possa perder o controlo e magoar-me a mim ou a outra pessoa.		
66. Presentemente tenho mais para fazer do que sou capaz.		
67. Não sou o tipo de pessoa que guarda rancor por muito tempo.		
68. Sou mais sensível e irritado-me mais facilmente do que a maioria das pessoas.		
69. Tenho um familiar ou amigo a quem posso dizer tudo.		
70. Atualmente, as pessoas estão a impor-me demasiadas exigências.		
71. Sou uma pessoa calma que não explode facilmente.		
72. Não é vulgar sentir-me muito fraco e sem forças.		
73. Sou o tipo de pessoa que consegue lidar com mais problemas que a maioria das pessoas.		
74. Muitas vezes sinto que, apesar do que eu faça agora, nunca compensarei os erros que cometi		

no passado.		
75. Tenho tão boa saúde como a maioria das pessoas da minha idade.		
76. Quando a vida se torna difícil não tenho mesmo ninguém a quem recorrer.		
77. Sinto-me culpado porque não faço aquilo que devia pelas pessoas de que gosto muito.		
78. Tenho medo de estar a ficar maluco.		
79. Sinto-me tão em baixo que não consigo deixar de estar triste, mesmo quando a minha família ou amigos tentam animar-me.		
80. Raramente sinto como se tivesse feito alguma coisa errada ou um pecado.		
81. Não me sinto eu mesmo, porque parece que já não sei quem eu sou.		
82. Não sou o tipo de pessoa altamente competitivo e que viva só para o trabalho.		
83. Tenho de enfrentar a maior parte das coisas sozinho ou com pouco apoio dos outros.		
84. Sinto que a minha vida faz parte de qualquer coisa maior e mais importante do que eu.		
85. Nunca estive preocupado com a minha saúde.		
86. Encontro pouco conforto na fé ou na religião.		
87. Sinto dificuldade em perdoar-me por algumas coisas que tenho feito.		
88. Tenho um grupo de amigos ou familiares que realmente se importa comigo.		
89. Quando rezo ou participo num serviço religioso, raramente ou nunca sinto calma ou paz interior.		
90. Recentemente, comecei a sentir medo das outras pessoas.		
91. Ultimamente têm-me acontecido coisas estranhas.		
92. Mesmo quando as coisas correm mal permaneço calmo e controlado.		
93. É difícil entusiasmar-me com o que o futuro me reserva.		
94. Por mais difícil que seja a situação sei que me vou sair bem.		
95. Muitas vezes sinto como se estivesse num mundo só meu.		
96. É preciso muito para me fazer perder o controlo e explodir.		
97. Por vezes preocupo-me com o meu consumo de álcool ou drogas.		
98. A minha fé é um recurso importante em tempos difíceis.		
99. Fico nervoso e irritado quando as pessoas me pedem coisas repetidamente.		

PARTE III - Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional®

Instruções para o preenchimento da Escala: **Todas as afirmações devem ser respondidas.** Assinale as respostas, desenhando **apenas um círculo** em redor do valor da escala que traduza o número de vezes que cada situação ocorre (Ver exemplo na página 1).

Legenda:	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre

I-1. Perante uma situação/relação negativa na minha vida, sinto que ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis:

a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.	1	2	3	4	5	6	7
b) Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	1	2	3	4	5	6	7
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	1	2	3	4	5	6	7
d) Sinto que tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... consigo defini-los.	1	2	3	4	5	6	7
e) Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.	1	2	3	4	5	6	7
f) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	1	2	3	4	5	6	7
g) Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.	1	2	3	4	5	6	7
h) Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, etc.	1	2	3	4	5	6	7
i) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

I-2. Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:

a) Altera-se a minha capacidade de atenção.	1	2	3	4	5	6	7
b) Diminui o meu nível de raciocínio.	1	2	3	4	5	6	7
c) Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/fico em mutismo; eufórico(a), etc.	1	2	3	4	5	6	7
d) Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo.	1	2	3	4	5	6	7
e) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

I-3. Reconheço que tenho tendência a atuar, como uma pessoa:

a) Instável, com várias mudanças de humor.	1	2	3	4	5	6	7
b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta.	1	2	3	4	5	6	7
c) Racional, no que respeita aos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
d) Positiva, encaro a vida pela positiva.	1	2	3	4	5	6	7
e) Ruminativa, sempre a "matutar".	1	2	3	4	5	6	7

f) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.	1 2 3 4 5 6 7
g) Azarada, não tenho sorte na vida.	1 2 3 4 5 6 7
h) Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.	1 2 3 4 5 6 7
i) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

II-1. Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma **onda de fúria ou raiva**. Ao tentar ficar mais sereno(a), toma normalmente uma atitude:

a) Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	1 2 3 4 5 6 7
b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração.	1 2 3 4 5 6 7
c) Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente.	1 2 3 4 5 6 7
d) Fiz exercício físico ativo (aeróbio).	1 2 3 4 5 6 7
e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira.	1 2 3 4 5 6 7
f) Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da ira.	1 2 3 4 5 6 7
g) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

II-2. Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por **emoções** e sentimentos **negativos** (fúria, cólera) normalmente:

a) Tenho tendência a usar objetos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo(a).	1 2 3 4 5 6 7
b) Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram.	1 2 3 4 5 6 7
c) Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.	1 2 3 4 5 6 7
d) Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	1 2 3 4 5 6 7
e) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

II-3. Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela **ansiedade**, sinto:

a) Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	1 2 3 4 5 6 7
b) Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.	1 2 3 4 5 6 7
c) Percepção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.	1 2 3 4 5 6 7
d) Angústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	1 2 3 4 5 6 7
e) Que o meu corpo está a reagir, e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	1 2 3 4 5 6 7
f) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

II-4. Quando me sinto em **depressão**, verifico que:

a) Inconscientemente, acabo por usar para me distrair pensamentos/situações ainda mais deprimentes.	1 2 3 4 5 6 7
b) Sinto alívio se praticar desporto intenso.	1 2 3 4 5 6 7
c) Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	1 2 3 4 5 6 7
d) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

III-1. Reconheço-me como uma **pessoa**:

a) Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar.	1 2 3 4 5 6 7
b) Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.	1 2 3 4 5 6 7

c) Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.	1 2 3 4 5 6 7
d) Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).	1 2 3 4 5 6 7
e) Derrotista (não tenho sorte na vida).	1 2 3 4 5 6 7
f) Capaz de deixar-se dominar pela ansiedade e pela frustração.	1 2 3 4 5 6 7
g) Capaz de sair de qualquer sarilho.	1 2 3 4 5 6 7
h) Capaz de ter energia e habilidade para enfrentar os problemas.	1 2 3 4 5 6 7
i) Suficientemente flexível para mudar os meus objetivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.	1 2 3 4 5 6 7
j) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

III-2. Imagine uma **atividade profissional** (tratamento de ferida, cateterismo vesical, ensinar cliente/família, etc.). Durante a atividade, **normalmente** sinto que:

a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	1 2 3 4 5 6 7
b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	1 2 3 4 5 6 7
c) Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.	1 2 3 4 5 6 7
d) Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o chefe aprova?).	1 2 3 4 5 6 7
e) Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	1 2 3 4 5 6 7
f) Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.	1 2 3 4 5 6 7
g) Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.	1 2 3 4 5 6 7
h) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

III-3. Quando vivo uma situação de **rejeição pessoal** (a nível íntimo, social, profissional), sinto que:

a) Penso no facto e rumino a humilhação.	1 2 3 4 5 6 7
b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporalizadora.	1 2 3 4 5 6 7
c) Invade-me a autopiedade.	1 2 3 4 5 6 7
d) Invade-me o desprezo, o rancor.	1 2 3 4 5 6 7
e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	1 2 3 4 5 6 7
f) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

IV-1. Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, **ao longo da minha vida**, fica-me a sensação de que sou capaz de:

a) "Registrar"/perceber os sentimentos dos outros.	1 2 3 4 5 6 7
b) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.	1 2 3 4 5 6 7
c) "Ler" os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).	1 2 3 4 5 6 7
d) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	1 2 3 4 5 6 7
e) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

IV-2. Reconheço que nas minhas relações, tenho tendência a **valorizar** mais:

a) A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).	1 2 3 4 5 6 7
b) A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	1 2 3 4 5 6 7
c) O tom de voz.	1 2 3 4 5 6 7
d) A direção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima; a buscar outras direções).	1 2 3 4 5 6 7

e) Os gestos (mãos, corpo).	1 2 3 4 5 6 7
f) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

IV-3. No quotidiano, e **numa situação de conflito** dou-me conta que:

a) Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir.	1 2 3 4 5 6 7
b) Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável.	1 2 3 4 5 6 7
c) Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta.	1 2 3 4 5 6 7
d) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

V-1. No que respeita ao meu **relacionamento com as outras pessoas** (relações pessoais, sociais, profissionais), considero como procedimentos que normalmente me identificam:

a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	1 2 3 4 5 6 7
b) Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que deteto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.	1 2 3 4 5 6 7
c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos coletivos.	1 2 3 4 5 6 7
d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.	1 2 3 4 5 6 7
e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.	1 2 3 4 5 6 7
f) Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções.	1 2 3 4 5 6 7
g) Nas minhas relações com outros digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.	1 2 3 4 5 6 7
h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.	1 2 3 4 5 6 7
g) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

V-2. Relativamente à **comunicação com grupos** (pessoas e/ou colegas de equipa), reconheço que me acontece:

a) Captar os sentimentos deles e parece que começo a absorvê-los.	1 2 3 4 5 6 7
b) Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.	1 2 3 4 5 6 7
c) Entrar em “sincronismo de estado de espírito”.	1 2 3 4 5 6 7
d) Dar comigo a fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes com a outra pessoa.	1 2 3 4 5 6 7
f) Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.	1 2 3 4 5 6 7
g) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

1 – Nunca 2 – Raramente 3 – Pouco frequente 4 – Por norma 5 – Frequente 6 – Muito frequente 7 – Sempre

Muito obrigado pela sua colaboração!

sandra cruz

Anexo 13

Guião da entrevista da Fase I

Guião da Entrevista Fase I

Áreas	Objetivo	Questão
Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE)	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o conceito de SCE; - Compreender a necessidade e a importância atribuída à SCE; - Identificar a associação que existe entre a SCE e a natureza do cuidado/áreas de especialidade; - Identificar o modelo de SCE em uso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Defina SCE? - Qual a necessidade/importância da SCE? - Que relação existe entre a SCE e a natureza do cuidado/áreas da especialidade? - Que modelos de SCE existem/conhece/adota?
Enfermeiro Supervisor Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o perfil do enfermeiro supervisor clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quem faz SCE? - Qual a proveniência do supervisor clínico? - Que formação deve ter o supervisor clínico? - Como deve ser o enfermeiro supervisor clínico?
Processo Supervisivo	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever as estratégias de SCE utilizadas; - Identificar as condições que promovem a SCE. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que estratégias de supervisão utiliza? - Quais as condições que promovem (ou não) a SCE? - Qual a frequência das sessões de SCE? - Qual a tipologia das sessões de SCE? - Qual o local apropriado para as sessões de SCE? - Como devem ser contabilizadas as horas de SCE?

Quadro 9 - Perspetivas sobre SCE: 'conceito'

Subcategoria	Unidades de contexto / Unidades de registo
<p>Complexidade/ Dificuldade em definir</p>	<p><i>“É difícil [definir].” E3; “Isso é uma pergunta <u>difícil de responder.</u>” E7; “Isso das <u>definições é sempre mais complicado, uma definição supõe-se que se diga em poucas palavras muita coisa, portanto começa logo, começa logo por aí!” E15</u></i></p>
<p>O que não é ou não deve ser</p>	<p><i>“<u>Não é uma avaliação.</u>” E1; “A supervisão clínica <u>sem um carácter punitivo e penalizador, penso que traria muitos ganhos em saúde.</u>” E2; “<u>Não para os punir [aos enfermeiros].</u>” E5; “<u>Não</u> estamos aqui a fazer supervisão para <u>avaliar as pessoas, ou para apontar erros.</u>” E6; “Não, tendencialmente não. Tendencialmente não, mas isto na minha ótica, aqui não há nenhuma regra muito precisa, é circunstancial e deve ser ajustado a tratamentos diferentes para pessoas diferentes, depende onde é que esteja o nível de atuação do profissional; isto é: se ele está ao nível da sua competência, ou se está ao nível do seu empenhamento. Se está ao nível da sua competência a priori <u>nunca deve ter um efeito punitivo, ou uma carga punitiva.</u>” E9; “<u>Não é o que o chefe pensa, acho eu, supervisão, não é supervisão da sabedoria do chefe.</u>” E10; “<u>Sem penalização.</u>” E12; “Supervisão no fundo (...) <u>não é um controle do trabalho dos outros (...) não, penalizadora não.</u>” E15; “<u>Nunca podem pensar que as pessoas estão a dizer aquilo para estar a dizer mal deles, para estar a prejudicar as pessoas, pelo contrário, é para que as pessoas abram os olhos e para que possam corrigir ou possam progredir, a supervisão, portanto, o efeito é benéfico, nunca é punidor, penso que não; pode haver pessoas que, às vezes, se sirvam disso para tomar uma punição, mas é outra história, o meu conceito não é esse (...) a supervisão, lá está, não vejo como um polícia” E17; “<u>Não vejo com uma função penalizadora.</u>” E18</u></i></p>
<p>Avaliação</p>	<p><i>“Uma <u>avaliação de todos os parâmetros</u> (...) em todas as <u>áreas, qualidade, quantidade</u> (...) em todas as áreas, não só dirigido à equipa, aos enfermeiros.” E3; “Supervisão clínica será, digamos, uma <u>atitude de eu estar com atenção ao trabalho dos outros e também ao meu trabalho</u> (...) não é só com aquilo que os outros fazem com a intenção de corrigir desvios, para melhorar a prestação de cuidados.” E6; “Supervisão clínica é <u>saber as pessoas</u></i></p>

	<p><i>(...) quem tem para trabalhar (...) quem está a fazer supervisão clínica tem que saber meter as mãos na massa mas é muito mais importante <u>saber controlar</u> as situações.” E7; “Isto tem a ver com o processo de melhoria de desempenho das pessoas, tem a ver com o <u>processo de avaliação de desempenho</u>. <u>Comparação entre o desempenho [do enfermeiro] e aquilo que é o padrão</u>, medidas corretivas que seriam necessárias implementar e que proporcionassem a melhoria da pessoa em relação a determinado fator.” E9; “Eu vejo supervisão clínica como (...) uma <u>avaliação de tipo formativo</u>.” E12; “É o ato que o enfermeiro responsável ou o enfermeiro chefe faz junto do profissional, do enfermeiro, junto do doente (...) em que faz uma <u>avaliação de todo o desempenho</u> do enfermeiro junto do doente.” E14; “A supervisão passa por <u>verificar (...) se efetivamente os profissionais estão à altura da prestação de cuidados</u> que se deseja e que se necessita.” E15</i></p>
Acompanhamento	<p><i>“O <u>acompanhamento de profissionais no exercício</u> da sua prática diária. (...) Dizem as boas regras que se deve ajudar a pessoa a melhorar, tentar perceber onde é que está a dificuldade e proporcionar-lhe meios para que ele melhore; quer meios teóricos, quer meios práticos, quer <u>acompanhamento no sentido de cada um desenvolver habilidades técnicas, manuais</u>, se for esse o caso.” E9; “<u>Supervisão é o acompanhamento</u>, é o tentar, é o conhecer o outro, ou pelo menos tentar conhecer o outro.” E13; “É um <u>acompanhamento mais estreito entre o profissional e o gestor</u> (...) pode não ser hierarquicamente superior mas tem que ter conhecimentos e capacidades e tem que demonstrar que sabe fazer supervisão clínica.” E18</i></p>
Aprendizagem ao longo da vida	<p><i>“Os profissionais também devem eles próprios valorizar-se o máximo para cada vez prestarem cuidados, que embora possa ser uma frase feita: prestar cuidados de maior qualidade, (...) tenho consciência que com vinte anos de enfermagem <u>não presto hoje os mesmos cuidados que prestava há cinco anos atrás</u>, ou há dois anos atrás.” E15</i></p>
Crescimento/ desenvolvimento profissional	<p><i>“Forma de a gente também poder ajudar a <u>crescer profissionalmente</u> (...) é um trabalho contínuo, tem que ser contínuo, porque pontual, muitas vezes não tem o mesmo efeito (...) tem que ser um trabalho diário, contínuo. (...) É numa mais <u>de aprendizagem, eles crescerem como profissionais</u>. Profissionais capazes a cada situação. (...) puder ajudar a <u>crescer</u></i></p>

profissionalmente (...) papel de aprendizagem, acima de tudo; porque são pessoas muito jovens, que têm uma integração muito precária e que são lançados assim ao serviço” **E5** “Ajudar as pessoas a crescer é muito importante. O facto de eu permitir que uma pessoa menos completa esteja com a mais completa e que eles partilhem a relação de equipa faz com que a pessoa cresça. (...) Mesmo quando se colocam estrategicamente profissionais nós vamos permitir é o desenvolvimento daquele profissional.” **E7**; “Eu vejo fundamentalmente centrado no desenvolvimento profissional que por sua vez se repercute no desenvolvimento do serviço e obviamente e consequentemente na melhoria dos cuidados aos destinatários que são os doentes.” **E9**; “Para a pessoa crescer, para a pessoa desenvolver, num ou outro ponto que não esteja tão bem desenvolvido então nós ajudamos para esse ponto ser mais desenvolvido.” **E12**; “No fundo a supervisão tem que fazer com que os profissionais sintam esta necessidade de continuar em permanente, num processo de crescimento, que se vai refletir depois na qualidade que é prestada aos utentes, e na qualidade do serviço.” **E15**; “Desenvolve, colabora e potencia o desenvolvimento, a aprendizagem e a aquisição de performances do supervisionado.” **E16**; “E as pessoas têm a vantagem [de] um grande enriquecimento em termos de conhecimento, tem que ter mesmo, não é? E aí então a supervisão certamente também é necessária, não é? É para que as pessoas abram os olhos e para que possam corrigir ou possam progredir (...) daí que tem cuidados de diversas áreas, não é? (...) muita diferenciação de cuidados (...) e aí então a supervisão certamente também é necessária, não é? porque lá está, há muita, muita diversidade, e pronto, pode haver profissionais que tenham dificuldade numa ou outra área, até de fazer as coisas.” **E17** “Vejo a supervisão clínica como um crescimento e um desenvolvimento profissional.” **E18**

Resolução de problemas “É uma forma de ajudar a lidar com situações, a resolve-las (...) essa supervisão clínica não tem (...) a ver não com parte da gestão mas com o desenvolver as atividades de enfermagem e a resolução de problemas.” **E1**

Processo “Eu estou a ver a supervisão clínica como uma maneira dinamizadora, e integradora, e (...) contínua.” **E6**; “Existe todo esse processo que é feito. Não é um processo completamente científico, é um bocado a nossa experiência

	<p><i>própria.” E11; “A supervisão clínica é um <u>processo</u> em que o <u>enfermeiro orienta outro enfermeiro</u>. É um <u>processo de partilha</u>, em que uma pessoa ou um profissional com conhecimentos, com capacidades, um profissional experiente, e nessa experiência vamos integrar habilidades e o perfil (...) seria um <u>processo</u> em que uma pessoa experiente com perícia, com formação, com informação, com algumas capacidades pessoais: comunicação, relação de ajuda, observação, integra ou transmite a um profissional recém-chegado ou ao seu par, conhecimentos, habilidades.” E16</i></p>
<p>Qualidade dos cuidados</p>	<p><i>“Supervisão clínica em enfermagem reúne uma serie de estratégias que por si teriam que levar a objetivos pré-definidos, e esses objetivos só teriam um fim, que era <u>melhores cuidados de saúde, melhor prestação de cuidados de saúde</u>.” E2; “É um fio condutor para uma <u>melhor qualidade de cuidados ao utente</u>.” E5; “Eu gosto muito <u>da excelência de cuidados</u> e é sempre nessa perspectiva, um enfermeiro motivado no seu desempenho do dia-a-dia.” E14</i></p>
<p>Segurança</p>	<p><i>“Para o chefe, e agora falo como chefe, um <u>maior descanso</u>.”E5; “Isso é umas das causas principais, <u>a diminuição de erros</u>, pode ser um dos efeitos da supervisão clínica. A relação quer com a farmácia, quer com os médicos, e isso é exercido não só pela enfermeira chefe, mas até principalmente pela enfermeira que está nos cuidados diretos com o doente, não é, porque é ela que vê, <u>pode detetar até mais facilmente qualquer erro</u> no processo clínico, nas prescrições médicas, que isso acontece, não é?” E6; “A supervisão tem sempre interesse, tem sempre interesse, sempre teve, não é? (...) Há uma situação concreta que, portanto, correu mal, que está mal, e que foi um erro; isso acontece em todos os lados, em toda a parte do mundo acontece isso (...) <u>a segurança do serviço, portanto, dos profissionais e dos doentes, não é?</u> (...) <u>diminui o erro</u>, e portanto, melhores resultados, pronto. (...) Supervisão eu diria mais é uma área de atuação onde um elemento ou vários elementos podem colaborar com os colegas (...) para que <u>não haja o erro</u>, para que <u>ele não aconteça</u>, porque ele acontece (...) portanto, com a supervisão <u>esse erro pode ser diminuído e bastante; mais segurança para os utentes, para os profissionais, para todos</u>.” E17</i></p>

Quadro 10 - **Perspetivas sobre SCE: 'modelo'**

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Integração de novos elementos/ Manuais</p>	<p><i>“Era mais de orientação <u>de integração do enfermeiro, integração do novo enfermeiro, com os passinhos todos.</u>” E8; “Aquilo que fazemos em termos <u>de integração</u> e é baseado na nossa experiência, naquilo que é recomendado pela Associação [Z] (...). <u>Um profissional integrado, bem integrado é sinal de uma boa supervisão.</u> Se tem o profissional bem integrado geralmente os cuidados vão refletir-se (...) se é bem integrada necessariamente será um bom profissional.” E11; “Eu sei que a nível hospitalar, aqui, pronto, começou-se por <u>fazer o manual do gestor</u>, só que aquele já não está atualizado.” E13; “Temos agora a <u>experiência de duas colegas que chegaram ao serviço e que estão a ser integradas e isso considera-se que pela primeira vez aplicamos a supervisão clínica</u> (...). Nesta primeira fase há um momento em que estou eu e apresento-as ao serviço e falo-lhes da dinâmica do serviço, e depois <u>elas vão acompanhá-las, são a sombra delas, como observadoras.</u>” E16; “Quando chega <u>um enfermeiro novo ao serviço, é destacado um elemento que o acompanha tendo em conta a experiência do enfermeiro que chega - se é recém – formado, se é de outro serviço, mas também tenho em conta o perfil da pessoa que o vai integrar</u> (...) eu apresento-lhe o manual de integração, se o enfermeiro nunca trabalhou neste Hospital, faço uma visita guiada ao Hospital, apresento a filosofia da Instituição, o método de trabalho. Por sua vez <u>o enfermeiro que o acompanha apresenta o manual de normas e de procedimentos, as rotinas e a dinâmica do serviço.</u> A partir dessa semana começa a <u>fazer roulement nomeadamente, uma manhã, uma tarde e uma noite em que é normalmente acompanhado</u> nestes turnos e a partir daí é um elemento normal do serviço.”E18</i></p>
<p>Auto Proposto</p>	<p><i>“<u>Há regras que eu ponho</u> [aos recém – admitidos] quando chegam ao serviço.” E11</i></p>
<p>Ausência</p>	<p><i>“<u>Não temos nada, não temos nada no serviço.</u>” E1; “<u>Não, não existe</u> (...) eu não tenho conhecimento de nenhuma instituição que esteja a funcionar neste momento”. E2; “<u>Não.</u> Não (...) podemos, depois vir a ter. Perceber o que as pessoas têm ou não têm e o que gostavam de ter.” E4; “<u>Não tenho.</u>” E5;</i></p>

“Não, não conheço, se existe eu desconheço.” E6; “Não tenho conhecimento.” E7; “Não, não.” E8; “Não conheço. Não, não.” E9; “Olhe, é assim eu sei muito, eu a nível pessoal sei muito aquilo que acontece no Hospital [X], como sabe eu tenho uma formação no Hospital [X], tenho lá muitos, muitos amigos, trabalhei lá algum tempo, quando tenho alguma dificuldade naquilo que é o [serviço Y] (...) eu sigo muito o do Hospital [X] (...) e portanto o modelo que tento seguir aqui é o modelo [modelo de funcionamento do serviço] daquilo que são os [serviços] do Hospital [X]”. E11; “Não. Também não tenho conhecimento. Cá não usamos nada.” E12; “Não, não tenho. Não.” E14; “Não, aqui não tem, é possível que exista, e se houver admito a minha ignorância, mas também não estou, não estava sensível o quanto estou agora, realmente, para isso.” E15; “Não, quer dizer isto é assim, de acordo com os enfermeiros diretores que nós vamos tendo assim as orientações vão flutuando, depois de acordo com os cenários políticos e as políticas de saúde e de gestão, principalmente, também vão mudando, neste momento não existe uma política, nem uma filosofia essencialmente, se calhar para mim, de um quia orientador que nós, a gente olhe para ele e diga é por aqui.” E16; “Não, não conheço, não conheço nenhum, quer dizer, pelo menos aqui não conheço.” E17; “Que eu saiba não. Nem aqui nem em outras Instituições.” E18

Quadro 11 - **Perspetivas sobre SCE: 'estratégias'**

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Fazer intriga	<p><i>"Simplesmente o burburinho, o diz que disse, a quezília é muito maior aqui (...) isto é tudo muito próximo, é o <u>diz que disse, o nhénhé, o boato, a notícia.</u>" E11; "É importante também saber, por vezes, não sempre, mas por vezes é importante saber escutar as pessoas (...) <u>também para saber com o que [se] conta, entre colegas também saber o que é que às vezes se passa (...)</u> claro, que eu conheço-os todos, sei bem do que eles são capazes." E17</i></p>
Punir/ Expor/ Envergonhar Publicamente	<p><i>"Admito que se tiver alguém que, do ponto de vista do seu empenhamento, esteja a prejudicar o grupo, eu <u>exponho isso em público.</u> Isto é, se eu tiver garantias que esgotadas todas as outras estratégias não resultem, e a análise que eu faça da situação tem exclusivamente a ver com o empenhamento, ou com a falta de empenhamento. (...) Em algumas pessoas <u>a vergonha pública também pode ter um efeito benéfico sobre a correção do seu desempenho, portanto isto depende muito do que é que estiver em jogo, aqui penso que não há nenhuma regra muito clara. A punição, isto é, a exposição de um desvio reiterado e sistemático a algumas pessoas é benéfico, se o fizer em exposição pública.</u>" E9; "É triste a gente ver situações que sabe que à partida não vão funcionar, e funcionam um bocado <u>à porrada, não é? Isso não deixa de ser supervisão, não é? É supervisão à porrada, passando a expressão, funciona muitas vezes por aí.</u>" E10</i></p>
Segredar/ Espionar	<p><i>"Há outras situações que do ponto de vista da estratégia para uma atividade X ou Y podemos <u>ter um supervisor da atividade sem que o supervisionado saiba de uma forma declarada.</u>" E9; "Eu posso estar <u>a avaliar um enfermeiro que até esteja a fazer as coisas mal, mas ele até pode nem saber.</u>" E13</i></p>
Advertir	<p><i>"Não vou também dizer que estão mal, mal, pronto que estão menos bem e a gente às vezes é <u>na hora que a gente deve dizer à pessoa.</u>" E4; "Se há qualquer coisa que eu acho que não está mais correto, procuro chamar atenção. Se é uma situação pontual de um enfermeiro A, B ou C <u>chamo diretamente a pessoa, já tem acontecido, conversar diretamente; se há erro qualquer, um problema que é detetado na equipa, nas reuniões de passagem de turno, normalmente, chama-se atenção.</u>" E6; "Quando eu via que havia</i></p>

	<p>alguém que não estava a fazer, <u>chamava a atenção e falava com a pessoa de forma individual.</u>” E12; “Aí estou mesmo dentro da sala com determinados elementos que eu acho que <u>devem ser chamados atenção.</u>” E13; “Funciona como <u>um polícia da brigada de trânsito, nós vamos a 160 ou a 140, se virmos a brigada de trânsito nós vamos para 120, o enfermeiro é igual, se passar o enfermeiro chefe, andar muitas vezes por ali, ele já exige uma atenção diferente.</u>” E14</p>
Auditar	<p>“Agora que estamos aplicar o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) de vez em quando eu <u>faço umas auditorias, ver como é que está a decorrer, para poder ver se realmente cada enfermeiro está a fazer de forma correta.</u>” E6; “<u>Nós ao uniformizarmos a parametrização nas duas unidades e ao reunirmos com as pessoas, estou a falar do SAPE, numa linguagem CIPE, já vamos também fazer uma forma de supervisão clínica [auditar]. Ver se os focos em termos de enfermagem levantados são ajustados e não estão ajustados aquela situação.</u>” E7; “<u>Os registos são feitos nos computadores e eu tenho acesso a todos os registos que os enfermeiros estão ali, neste momento se eu abro um computador consigo saber o que estão a fazer em termos de registos, portanto, é relativamente fácil fazer uma supervisão.</u>” E11</p>
Delegar	<p>“Eu tenho-os <u>divididos por especialidades, cada especialidade tem um líder, e esse líder periodicamente há reuniões que nós vemos o que é que está bem e o que é que está mal.</u>” E13; “Foi quando foram identificados os chamados <u>enfermeiros de referência de [Y] que ficam com responsabilidades que tinham que começar, seguindo aquelas máximas da qualidade, escrever o que fazem, fazer o que escrevem, evidenciar que estão a fazer aquilo que dizem que fazem. Eles ficaram responsáveis por, cada um na sua área elaborar o seu mini manual.</u>” E16</p>
Determinar objetivos	<p>“Pode haver equipas de trabalho que sejam organizadas precisamente com esta perspetiva; <u>em função de um determinado objetivo que tem a ver com a melhoria no desempenho de uma determinada vertente.</u>” E9; “A melhor estratégia que eu arranjei, porque teve que haver assim um bocado de pressão, porque senão, pronto era um faz aquilo, o outro porque ainda está com a disquete, o outro porque coiso e tal, <u>foram determinados timings e</u></p>

eles tinham que fazer.” E13

**Monitorizar/
Observar**

“Só no turno da manhã é que podemos fazer uma supervisão direta, nos outros turnos, na tarde e na noite a minha supervisão é indireta, através dos registos, através das passagens de turno e também através da visualização dos doentes no final da passagem de turno, de passar de sala em sala a forma como os doentes ficam de um turno para o outro, também já tenho a imagem de como os cuidados foram prestados durante o respetivo turno.”
E2; “ É mais observar, na observação - o ver os registos, os registos de enfermagem, como é elaborado o plano (...) vamos observando o trabalho desenvolvido, passando pelas enfermarias, observação direta com o doente: como é que o enfermeiro se comporta, a reação do enfermeiro, mesmo nas passagens de turno, também acabamos por ver como é que o enfermeiro passa o doente.” E6; “Chamo o enfermeiro e pergunto-lhe como é que, o que é que ele acha do serviço, como é que, se há alguma coisa que não está a correr tão bem, se tem alguma dúvida, se tem algum problema. É assim que eu funciono aqui neste serviço de enfermagem, na área da orientação e da supervisão.” E8; “Se a enfermeira anda aí feita barata tonta (...) é sinal que há um problema (...) se não há burburinho na sala, se a sala acabou a tempo e horas, funcionou normalmente sem qualquer incidente crítico é sinal que a minha supervisão está feita (...) vejo, por exemplo, a enfermeira [A] com uma revista a ‘hola’, ou outra não sei o quê, a olhar para aquilo, está tudo bem.”
E11; “Temos várias estratégias para supervisionar, desde os registos, o que registam e pela observação direta (...) observação direta, observação através dos registos, agora desde que está tudo informatizado é tudo muito facilitado.” E12; “De manhã [vou ver] os planos, estão divididos por salas e portanto todos os dias de manha eu passo pelas salas para ver se está tudo bem, às vezes até estou por fora das salas a observar determinados comportamentos (...) por meia dúzia de perguntas (...) consegue-se chegar lá, se o enfermeiro cumpriu ou não com o trabalho que lhe estava atribuído.”
E13; “Vou-me apercebendo como é que estão as enfermarias arrumadas (...) pôr o grupo todo a questionar, porque é que fez isto, porque é que não fez.”
E14; “A supervisão é feita de várias maneiras aqui e em todo o lado, aqui é através da observação direta dos cuidados que são prestados pelos diversos

	<p>profissionais (...) <u>observação de registo</u> que são feitos nos processos dos doentes (...) <u>ou situações</u> que aconteçam que correm menos bem, não é? (...) aí tem que haver uma <u>observação direta</u>.” E17</p>
<p>Normas/ Procedimentos/ Protocolos</p>	<p>“Foi tudo normalizado, não havia normas de serviço, não havia nada, foram efetuadas <u>as normas de todas as atividades</u> que se fazem aqui no serviço, e foi explicado e é feita supervisão, aqui é feita, e as coisas estão de acordo com o que <u>está normalizado, protocolado</u>.” E10; “No que se refere à supervisão do [serviço K] nós temos um <u>conjunto de procedimentos</u> perfeitamente descritos, que facilmente se consegue saber se aquele grupo atingiu.” E11; “<u>Normalmente há normas</u>.” E12; “Primeiro <u>rege-se por determinados critérios</u>. E esses critérios todos baseados portanto, todas as atividades do enfermeiro, tanto na lei como na nossa própria legislação em termos da Ordem e depois há aqueles específicos do serviço, e portanto é preciso <u>determinadas normas e critérios</u> (...) <u>os manuais estão sempre a ser atualizados</u>, e há outras coisas que mudam, portanto, cabe [aos enfermeiros] (...) fazer essa atualização.” E13; “Tentamos <u>ter manual de procedimentos</u>, e tentamos <u>ter protocolos</u>, temos alguns e dentro dessa perspetiva, o pessoal sabe os procedimentos que tem de ter, que tem que os cumprir.” E14</p>
<p>Conhecer o grupo</p>	<p>“<u>Eu conheço as pessoas e a equipe toda</u> (...) tem algumas pessoas que são, como é que eu hei-de dizer: não é problemáticas (...) [é] mais difícil de lidar com elas.” E4; “Uma das ideias para mim fundamental é <u>conhecer os colegas, conhecer os colegas enquanto elementos</u> e enquanto <u>possuidores de um currículo profissional</u>, que para mim é importante porque as competências que eles têm também, têm a ver com a formação que eles fazem, portanto é diferente uma pessoa que tenha formação numa área específica (...). <u>Pedir aos colegas o preenchimento de uma folha para saber</u>, porque muitas vezes as pessoas fazem formação e os profissionais desconhecem (...) interessa-me <u>conhecer o perfil do enfermeiro</u> que eu tenho dentro do serviço.” E15</p>
<p>Selecionar/ Escolher</p>	<p>“<u>Fazer a elaboração dos horários</u>, já estou a fazer uma parte de supervisão clínica porque estou a <u>fazer a rotação dos serviços</u> conforme o regulamento da instituição, conforme as rotações por turnos; apesar de aplicar um roulement tento (...) que os <u>turnos não fiquem assegurados com alguns elementos</u> (...) mesmo nas trocas, <u>não permitir</u> que nas trocas aconteçam</p>

estas situações, e a equipa está alertada para este pormenor, (...) não ficarem dois homens e de não ficarem dois profissionais que estejam a iniciar funções, sejam recém-admitidos à profissão ou ao serviço (...) tenta-se equilibrar sempre uma pessoa que tenha mais experiência com uma pessoa que tem menos experiência. (...) O plano diário da distribuição, tenta-se distribuir com que as pessoas variem em termos da rotação no serviço (...) tenta-se fazer com que as pessoas também estejam mais preparadas para conhecer todos os doentes por causa dos outros turnos.” E7; “No dia-a-dia eu faço as minhas escalas (...) para que realmente haja sempre alguém no serviço para que as pessoas andem bem, alguém de referência. Que as pessoas andem bem, que não entrem em stresse, pelo menos o mínimo, porque tem sempre alguém que já lidou com essas situações menos pontuais.” E8

Acompanhar

“Vou ver todos os doentes, aproveito para estar. Porque o estar às vezes com os enfermeiros não dá aquele ar de, deixe passar a expressão, de polícia: “olha lá vem a polícia”, não é? E a gente vai, e as pessoas levam as coisas com a maior das naturalidades, porque nós não temos que estar a punir ninguém.” E4; “A enfermeira que lhe está a fazer a integração faz um mês horário direitinho com ela mas eu muitas vezes, ainda deixo esse enfermeiro, embora já esteja dentro do número de enfermeiros que já estão estipulados, continua a seguir aquele enfermeiro, pronto, e deixo ficar mais um mês e ao fim do mês acabo de o juntar à equipa.” E8; “Há sempre o cuidado de quem está, das pessoas que têm aquela destreza e aquele conhecimento de estar lá junto com outra pessoa (...) as pessoas nunca se sentem sozinhas.” E16

Apoiar

“Quer para o enfermeiro recém-admitido, quer para o enfermeiro que já cá está, que também faz supervisão clínica e está formalizado, esse enfermeiro sabe que esse outro enfermeiro lhe faz supervisão e que o orienta e lhe presta ajuda.” E9; “Inicialmente há um grande apoio.” E16; “Apesar do ambiente que agora está, que cria desmotivação, enfermeiros que querem sair do serviço. É preciso dar apoio – são jovens e aqui podem estagnar, devem fazer o que sentem bem.” E18

Ser assertivo

“Eu tento ser assertivo mas se as coisas não vão assim, então têm que ser mesmo mandados.” E13; “Fundamental além bom senso é o saber entrar na

	<i>hora certa (...) temos a obrigação de exigir aos mais novos e a quem está ao nosso lado pelo menos duas palavras: responsabilidade e brio.” E14</i>
Formar/ Ensinar/ Orientar	<i>“Penso que é importante, eu acho que <u>um enfermeiro bem orientado</u> vai dar um excelente enfermeiro.” E2; “<u>Ensinar de forma positiva</u>, de forma que eles entendam que lhes estão ajudar e não a criticar (...) <u>têm o papel de orientar as pessoas mais novas.</u>” E8; “<u>É o que eu tento inculcar, que estejam mais ou menos dentro do básico, do B A BA</u>, vá que estejam dentro do assunto (...) que leiam, porque nós antigamente, por exemplo, não tínhamos, mas agora temos manuais.” E13; “<u>Formações específicas após diagnóstico de situação de necessidades, portanto, fazer formação com base em necessidades, exatamente para as colmatar, não aquela formação para toda a gente mas formação específica.</u>” E15; “<u>Essa pessoa orientar quem chega, (...) no fundo há uma relação de ajuda entre a pessoa que tem mais experiência, mais conhecimentos e que domina aquela área com a pessoa que não tem.</u>” E16</i>
Motivar	<i>“Porque gosto de <u>motivar</u> o grupo, não gosto que ouça falar sem reagir ao que o outro está a dizer, de vez em quando dou uma picada aqui, dou uma picada ali (...) para <u>motivar</u> a conversa.” E14; “Dou todos os <u>incentivos</u> para as pessoas se desenvolverem naquela área.” E16</i>
Dar reforço positivo/ Dar Feedback	<i>“<u>O reforço positivo é uma prática corrente</u>, o <u>reforço positivo</u>, quer em relação à prática dos cuidados, quer em relação a outros indicadores (...) isso é aproveitado no sentido de <u>alimentar o ego da equipa</u> (...) <u>dou feedback dou, dou. Sim, mas com uma certa dose, senão estávamos todos os dias aqui a bater nas costas uns aos outros</u> (...). “Porque as pessoas, por alguma ou outra razão, as sinto um bocadinho mais desmotivadas, aqui ou acolá, dá-se um <u>reforço positivo</u> (...) o elogio não deve ser vulgarizado para não perder um determinado tipo de efeito.” E9</i>
Refletir	<i>“<u>A reflexão</u>, penso que é uma boa, excelente estratégia de supervisão (...). <u>Fazê-los refletir, fazê-los pensar se realmente o procedimento é correto ou não, tentar de uma forma ou outra, em que eles com a reflexão conjunta consigam chegar a um determinado situação, e veriam o que ela seria, realmente a situação mais favorável para prestarmos aquele doente.</u>” E5; “<u>Discutimos, às vezes aquela forma de atuar, ou aquela forma de estar com o doente. Sim, refletir em conjunto sobre a prática, em conjunto com a</u></i>

equipa.” **E6**; “Em conversas que eu tenha com os meus enfermeiros é no clima de crescerem, eles acabam por se abrir, de dizerem o que pensam, acerca do que lhes faz falta para o serviço melhorar ou para eles melhorarem o seu desempenho.” **E8**; “Desde que eu veja, claro, que as coisas também foram pensadas cuidadosamente e que foram com cabeça, tronco e membros, atendendo a todas as indicações que estão preconizadas no serviço.” **E13**; “Primeiro há um sentido crítico que foi desenvolvido (...) a nível da qualidade dos cuidados de enfermagem acho que há mais contextualização daquilo que eu estou a fazer, e as pessoas inicialmente partiam para as coisas, porque sempre fizeram assim, e depois começam-se a, começaram a questionar-se porque é que nós fazemos assim, e será que não precisamos de mudar nada? Há este questionamento.” **E16**; “Levar os enfermeiros a refletir acerca dos conhecimentos que têm, da necessidade de formação contínua (...) é preciso conversar de vez em quando, falar com eles, tentar ver que a outra pessoa pode não ver bem as coisas e que veem pelos prismas deles e pelos conhecimentos que têm.” **E18**

Quadro 12 - **Perspetivas sobre SCE:** ‘categoria profissional do supervisor clínico’

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Enfermeiro Chefe	<p><i>"Na área de Enfermagem de supervisão <u>será da minha parte [enfermeiro – chefe] (...) e na minha ausência alguém que fique a substituir-me."</u> E1; "A <u>supervisão clínica é efetuada</u> no caso concreto e penso que a nível de outros serviços em todos os serviços <u>pelos enfermeiros chefes."</u> E2; "Faço este papel <u>[de supervisor] exatamente, exatamente."</u> E5;" Claro que no dia-a-dia nós acabamos os <u>enfermeiros chefes fazer uma certa supervisão clínica."</u> E6; "Geralmente a pessoa que faz a supervisão, é que <u>é a chefe, não é?"</u> E8; "<u>Basicamente é o enfermeiro chefe que neste serviço faz supervisão, embora outros elementos também tenham essa função, mas de uma forma mais informal, ou quando, por alguns motivos estrategicamente combinadas com o enfermeiro chefe, nomeadamente para pessoal que por uma ou outra razão necessita de ter um acompanhamento mais de perto."</u> E9; "<u>É feita por mim, inclusive não sou só enfermeiro chefe (...) aqui realmente há supervisão porque eu estou lá e vejo, e faço, e sou eu que faço, se calhar até devia haver alguém para supervisionar era a mim, não é? mas não existe."</u> E10; "O aspeto da supervisão é da <u>responsabilidade do enfermeiro chefe e existe pouca."</u> E11; "Basicamente dos meus pares é. Posso ter uma opinião, se eu vir que eu tenho alguma necessidade de uma opinião que, normalmente, é só de uma pessoa, porque é a pessoa que me substitui e que tem já conhecimento e experiência porque eu também não quero que os colegas saibam (...) é quase como um segredo entre mim e ela, que só é utilizado em situações muito particulares (...) <u>eu estou a ver a supervisão clínica com o enfermeiro chefe, mas que seguia os diversos percursos, que foi de baixo, seguiu, enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista, que seguiu esse percurso."</u> E12; "<u>Essa função, essa supervisão cabe-me a mim [enfermeiro chefe], lógico que nós às vezes não podemos estar, eu pelo menos, os chefes não podem estar em todo o lugar e a toda a hora em cima dos acontecimentos."</u> E13; "<u>Quem faz supostamente deverá ser o enfermeiro responsável."</u> E15; "<u>Supervisão é feita por mim [enfermeiro chefe] embora não esteja sempre em cima delas."</u> E16; "<u>Quando estou ausente [enfermeiro chefe] quem me</u></i></p>

	<i>substitui é uma enfermeira mais antiga com o curso de formação de formadores.” E18</i>
Enfermeiro	<i>“<u>De enfermeiro para enfermeiro</u>, quando entra um enfermeiro novo.” E1; “<u>A supervisão nesta altura [integração de profissionais] é sempre feita por esse enfermeiro</u>, é responsável. Então o que é que eu digo normalmente - É você vai receber este profissional, quero que o integre, daqui a três semanas, vai-me dizer qual é a evolução, e possivelmente nós fazemos um calendário, calendarizamos a evolução do enfermeiro. E é isso, já temos o protocolo feito da calendarização, e é isso que normalmente fazemos.” E11</i>
Enfermeiro Supervisor	<i>“Temos uma <u>enfermeira supervisora</u>, que pela nossa carreira seria uma das <u>funções dela</u>, como o próprio nome indica (...) portanto, era chamar a enfermeira supervisora e continua a ser carreira, eu penso que é um lugar em extinção agora na carreira, mas a função dela teria muito a ver com a supervisão clínica atual.” E2; “Era preciso era que esse <u>supervisor</u> fizesse, ou seja, desempenhasse as suas funções como deve ser (...) nós temos, mas não funciona.” E4; “Supervisão quem é que faz? Quem é que a faz? É o <u>enfermeiro supervisor</u> de carreira, não é?” E17</i>

Quadro 13 - **Perspetivas sobre SCE:** 'frequência da SCE'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Diária	<p><i>"Penso que isso é feito <u>diariamente</u>, eu estou com os colegas, não é? Como estou aqui <u>todos os dias</u> eu penso que é uma observação <u>diária</u>." E1;</i> "E discutimos isso quase <u>diariamente</u>, temos uma hora mais ou menos calma (...) nós chamamos a hora do descanso." E3; "Em termos de supervisão clínica quer que comece com o que faço <u>diariamente</u>? (...) eu gosto de fazer <u>diariamente</u>, até porque me interessa a mim, porque então se há uma passagem de turno, as pessoas estão ali a falar, depois há um médico que me pergunta isto e eu não vou estar por dentro das coisas? Eu tenho que estar por dentro das coisas." E4; "Eu tento dentro do possível <u>durante a manhã</u>, é um hábito." E5; "Eu tenho o costume de <u>sempre de manhã</u>, eu vejo os planos, estão divididos por salas, e portanto <u>todos os dias de manhã</u> eu passo pelas salas para ver se está tudo bem." E13; "Há um acompanhamento <u>diário</u>." E16</p>

Quadro 14 - Perspetivas sobre SCE: 'natureza do cuidado'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Dependente	<p><i>“É capaz de <u>variar um bocadinho de serviço e de especialidade</u> porque as necessidades são diferentes (...) reconheço que é preciso ter um certo estofo para trabalhar com crianças, numa pediatria, reconheço, sem dúvida nenhuma, e portanto acho que o stresse delas, do serviço de pediatria é diferente por exemplo do meu (...) <u>pelos condicionantes e pelo tipo serviço em si e o tipo de stresse</u>. São stresses diferentes. Não é melhor, nem é pior, não é maior, percebe, mas é diferente. São preocupações diferentes e originam um stresse diferente. ” E3; “Eu acho que nos <u>serviços mais especializados</u>, neste caso a pediatria, eu acho que <u>deve ser mais apertado. Mais minuciosa</u>. E tem que haver, eu acho, <u>muito mais apertada para a pessoa estar por dentro e estar atenta relativamente aos cuidados que se prestam aqueles doentes (...)</u> é porque se sente necessidade de uns cuidados mais minuciosos, mais específicos, e para isso as pessoas têm que aprender, para os poder executar.” E4; “Eu penso que <u>são especificidades de serviço, que cada serviço tem e a supervisão vai por aí, vai mesmo de acordo com as especificidades daquele serviço</u> também às vezes, muitas vezes com os problemas e as necessidades levantadas nesse serviço (...)” E5; “É evidente que no [serviço X] há algumas especificidades (...) e essas penso que têm de ser próprias; alguma <u>supervisão clínica específica do [serviço X]</u>.” E11</i></p>
Independente	<p><i>“Talvez não, eu penso que é <u>independente das especialidades</u>, as situações é que podem ser idênticas nas mesmas especialidades (...) <u>a supervisão clínica deve ser igual nas áreas</u>, agora o trabalho de grupo é que é capaz de ser mais produtivo se for adulto e crianças em separado.” E1; “Um <u>enfermeiro que esteja nesse papel</u> de supervisão clínica tem que dominar todas as áreas (...) poderia mudar as estratégias de acordo com a equipa, de acordo com a especialidade, mas o que é <u>o objetivo da sua função teria que ser o mesmo, independentemente da especialidade</u>.” E2; “Lá no fundo <u>o tronco é igual</u>, pode é depois tem as suas especificidades em algumas situações mas no fundo, no fundo <u>quem supervisiona o serviço consegue também supervisionar o outro</u>.” E5; Eu acho que no fundo <u>é mais ou menos, é tudo mais ou menos</u></i></p>

parecido, pode haver uma ou outra especificidade mas penso que de uma forma global e geral que os princípios são os mesmos.” E6; “Acho que é igual (...) ninguém pode ir para um serviço e ficar sozinho a trabalhar sem apoio de ninguém, sem alguém o orientar, sem alguém o ajudar, sem dúvida alguma, claro que na pediatria muito menos (...) elas são coisinhas tão pequeninas, tudo é tão pequenino, é assim se uma pessoa se está formando, ou mesmo uma pessoa que peça transferência para lá se não for acompanhada rigorosamente é complicado sem dúvida.” E8

Quadro 15 - **Relevância da SCE:** 'formativa'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Evolução	<p><i>“Porque <u>cada dia surgem coisas novas e as pessoas têm que ser minimamente integradas (...)</u> toda a gente tem a necessidade de se ir <u>atualizando (...)</u>” E1; <i>“<u>Haver formação, eu acho que é necessário por isso, não como penalizador mas como se proceder (...)</u> eu vejo <u>supervisão clínica como um modo formativo durante todo o ano.</u>” E12; <i>“A nível do próprio profissional um <u>crescimento pessoal, não é?</u> Nós somos todos enfermeiros e estamos <u>permanentemente num projeto de construção, supostamente para um profissional com mais competências, penso eu, diariamente estamos a aprender, aprendemos sempre, não é?</u>” E15; <i>“<u>Há uma necessidade que as pessoas acabaram por elas próprias sentir de evoluir, o dever de aprender, as pessoas começaram a dizer: ‘se eu tivesse tempo eu precisava de pesquisar algumas coisas’, e não passar só a aprendizagem pela experiência do que eu fiz até hoje, a outra também fez sem questionar, e eu acho que isso é uma mais-valia (...)</u> há em termos de desenvolvimento das pessoas, eu acho que é <u>mais e melhor desenvolvimento.</u>” E16;</i></i></i></i></p>
Mudança de comportamentos	<p><i>“Com certeza, <u>mudar comportamentos (...)</u> [a supervisão clínica] iria <u>modificar comportamentos.</u>” E2; <i>“Eu acho que deve ter um carácter mais de interiorizar <u>mudanças de comportamento e mudança de atitude, eu trabalho um bocado mais nessa base, não de: eu vou-te punir porque não fizeste isso (...)</u> passa por uma <u>mudança de mentalidades, e eu acho que a gente só consegue a mudança de mentalidades se for contínuo.</u>” E3</i></i></p>
Tomada de decisão	<p><i>“[Os enfermeiros] terem <u>consciência até que ponto podem ir, aquilo que devem fazer, aquilo que não devem fazer, quais são as suas tomadas de decisão autónomas (...)</u> eu penso que era importante, cada vez mais é importante os enfermeiros refletirem sobre as suas práticas.” E2</i></p>

Anexo 21

Quadro 16 - **Relevância da SCE:** 'administrativa'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Controlo	<p><i>“[A supervisão clínica] atuaria de facto <u>como um polícia</u>, é de facto a expressão! em que o enfermeiro, elemento da equipa, pensaria assim: <u>eu tenho que fazer porque se o supervisor passa aqui e verifica que as coisas não estão, eu sou chamado atenção</u>, e se sou reincidente – alguns elementos que eu conheço só assim (...) para tentar corrigir o que está mal (...) teria que detetar onde está o erro para começar a trabalhar primeiro essa parte. (...) <u>Visibilidade de execução de más técnicas de enfermagem</u> nalgumas intervenções (...) melhorar a prestação em alguns serviços (...) tentar melhorar os serviços que estão piores (...) porque às vezes recebemos doentes em que há uma falta de respeito pelo doente e por quem o recebe (...) <u>as pessoas também estariam mais atentas aquilo que estavam a fazer e no fundo é assim, saberem que estão a ser supervisionadas, sempre têm mais cuidado, é inevitável.</u> (...) Nós temos é de ver que as pessoas fazem menos bem e que melhorem.” E4; <u>“Nós fazemos supervisão ao nosso trabalho e até um bocadinho ao trabalho dos outros.”</u> E6; <u>“Todos nós fazemos supervisão clínica, mesmo quando nós estamos a integrar uma pessoa (...) quando eu estou a trabalhar com o meu par estou a fazer supervisão clínica, porque estou a avaliar se ele está a fazer bem o penso (...) se era correto a abordagem que ele fez aquele doente.”</u> E7; <u>“Sem dúvida que é muito importante. Sem dúvida porque eu tenho por hábito: lá faço tudo, fui visitar os meus doentes todos, claro que ao visitar os meus doente já começo a ver como eles estão e como não estão.”</u> E8; <u>“Os enfermeiros executam práticas sem saber o que estão a fazer. O espírito crítico não está muito desenvolvido – faz porque viu fazer.”</u> E10; <u>“Tendo uma boa supervisão clínica as pessoas sentem-se muito mais acompanhadas, não leva tanto a que as pessoas facilitem, isto já é da nossa cultura.”</u> E13</i></p>
Organização	<p><i>“Uma melhor <u>organização a nível do serviço</u>, eu penso que isso é fundamental.” E5; <u>“Necessária para (...) um serviço funcionar (...) eu acho que (...) [é necessária para] a organização do serviço (...) eu não posso fazer uma boa supervisão se eu não tiver uma <u>boa organização de serviço</u>, mas por</u></i></p>

outro lado se eu tiver uma boa visualização das coisas eu consigo organizar
melhor." E12

Quadro 17 - **Relevância da SCE: 'normativa'**

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Metas	<p><i>“Se a gente tiver em conta o que pode produzir a supervisão clínica, pronto eu acho que é necessária (...) para <u>atingir determinados objetivos</u>. (...) <u>Objetivos</u> esses que são <u>do serviço</u> e até <u>das pessoas, e até da profissão</u>.” E1;</i></p> <p><i>“Com <u>supervisão clínica</u> nós vamos conseguir monitorizar o estágio que estamos em termos de enfermagem, em termos de prestação de enfermagem, e nós ao fazermos isso <u>conseguimos depois definir degraus e patamares a subir, fazemos as correções e, conseguimos estabelecer objetivos mais à frente</u>.” E7;</i></p> <p><i>“Mas também em termos profissionais <u>tem que haver um objetivo da parte das chefias para obrigar de alguma maneira a um perfil de profissional</u>.” E15;</i></p> <p><i>“Hoje <u>todos os serviços têm objetivos</u>, não é? e cada vez mais essa exigência é feita, não é? <u>Esses objetivos</u>, as vezes, não são alcançados porque as coisas, não se consegue aquilo que se pretende, não é? E isso [supervisão clínica] é uma boa, essa é uma <u>boa arma</u>, é uma <u>boa forma de conseguir melhor esses objetivos</u>.” E17</i></p>
Qualidade dos cuidados	<p><i>“Com o objetivo de <u>melhorar [os cuidados]</u>.” E1;</i></p> <p><i>“Para <u>melhoria</u> (...) traria com certeza <u>uma mais-valia em termos de prestação de cuidados</u> para o cidadão e conseqüentemente <u>ganhos em saúde</u> a todos os níveis, não é?” E2;</i></p> <p><i>“<u>Melhoria constante dos cuidados</u>, é ou não é? <u>Melhoria da qualidade dos nossos cuidados</u>.” E4;</i></p> <p><i>“<u>Melhora atuação, melhora, exatamente (...) faz variar a qualidade dos cuidados (...)</u> uma mais-valia para o cliente em termos de <u>cuidado de cuidados (...)</u> é <u>prestar cuidados com maior qualidade ao doente</u>, sem dúvida. <u>Aqui a qualidade [dos cuidados] é que está</u>.” E5;</i></p> <p><i>“Porque não estamos aqui a fazer supervisão para avaliar as pessoas, ou para apontar erros, ou para pegar numa agenda e dizer: aquela ‘fulaninha errou’, está ali e tal, quase de incidentes críticos (...) o objetivo é <u>melhorar a qualidade dos cuidados</u>, eu acho que é exclusivamente isso (...) <u>melhorar a qualidade dos cuidados (...)</u> nós com a supervisão clínica conseguimos dar a conhecer a <u>qualidade em saúde</u>.” E6;</i></p> <p><i>“Em termos de <u>melhoria da qualidade dos cuidados</u>, sem dúvida alguma.” E8;</i></p> <p><i>“Eu acho que ela é necessária, é necessária uma supervisão clínica. Não necessária para dar uma nota ou</i></p>

	<p><i>para ser penalizadora, mas necessária para (...) <u>o doente ser bem tratado (...)</u> eu acho que a melhoria dos cuidados também é isso, uma das partes.” E12; “<u>Excelência de cuidados</u>, pronto, e é sempre nessa perspetiva.” E14; “Tem que estar <u>subjacente à supervisão a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros</u>, isto tem que passar de uma palavra bonita de se dizer e efetivamente funcionar como tal.” E15; “A <u>qualidade [dos cuidados] vai melhorar, não é?” E17</u></i></p>
Uniformização	<p><i>“Se as pessoas tiverem <u>padrões</u>, embora isso a gente já tente ter uma atividade de enfermagem, assim uniforme, para não baralhar a cabeça dos pais. Mas se todos os enfermeiros <u>tiverem orientações precisas</u> mais para esta ou aquela situação, penso que isso <u>melhora</u> porque os pais vêem-nos com mais credibilidade (...) <u>[Atuação] mais uniforme nos serviços todos e pode surgir, provocar mudanças positivas.</u>” E1; “Eu penso que numa tentativa de <u>uniformizar a prestação de cuidados e de procedimentos</u>, a nível de <u>todos os serviços.</u>” E2; “Supervisão tem que haver sempre, agora é muito notória no [serviço K] (...) é uma área que nós temos que <u>estar muito previamente tudo completamente definido</u>, e não pode falhar; se falhar alguma coisa está mal.” E11; “<u>Começamos a fazer o manual da qualidade, e descrever os procedimentos</u>, nós começamos com a CIPE e com aquelas coisas, mudamos a nossa forma de, a nossa linguagem, começamos a dizer que nós estamos a assistir o utente, colaborando com o médico na realização de um exame, e parecendo que não, ao mudar esta nossa intervenção, ao mudar a redação, mudou a nossa forma de olhar para as coisas e de estar nas coisas, sim, mais focalizado no utente, na pessoa que precisa dos cuidados.” E16</i></p>
Satisfação profissional	<p><i>“<u>Satisfação das pessoas que estão a trabalhar.</u>” E4; “É importante a <u>construção de uma equipa que se mantenha coesa e de um grupo que se mantenha.</u>” E15 “Em termos do <u>grau de satisfação das pessoas, melhora</u>, porque as pessoas sentem-se úteis, e sentem-se que dominam, a situação de eu sei, sentir-se envolvida. (...) <u>Enfermeiros (...) mais satisfeitos.</u>” E16; “Vai dar <u>satisfação.</u>” E17</i></p>
Reconhecimento social da profissão	<p><i>“<u>Tornar mais visível os cuidados, o desempenho de enfermagem</u>, isso também dá um bocadinho mais de <u>credibilidade à profissão ao nível da</u></i></p>

população.” E1; “Há uma perda grande de reconhecimento da profissão em termos de reconhecimento social (...) a supervisão clínica vinha dar mais consciência a isso [ao reconhecimento social] ainda (...) o nível de exigência em termos de formação e de entrada na faculdade não tem a ver com reconhecimento, está desajustado do reconhecimento social (...).” E7; “Cada vez mais se deve investir na supervisão clínica, não é nós sermos uns coitadinhos e temos que nos dar o devido valor. Cada vez mais pelo que a enfermagem é atualmente.”E18

Quadro 18 - **Relevância da SCE:** 'restauradora'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Relacionamento	<p><i>“Melhora a relação inter - equipa, interdisciplinar até..., que nós, o nosso trabalho está intimamente relacionado não só com auxiliares de enfermagem, mas com médicos, com laboratórios, farmácia (...) <u>melhorar até o relacionamento pessoal.</u> (...) Eu acho que são o <u>relacionamento interpessoal e as relações entre equipas, o bom ambiente num serviço acho que favorece (...) a abertura de parte a parte, se as pessoas sentem-se a vontade umas com as outras, isso facilita.” E6; “É imprescindível (...), é indiscutível que não haja supervisão clínica, seja em que patamar seja, seja relação: enfermeiro-aluno, enfermeiro-enfermeiro, enfermeiro-chefe (...) <u>há este espírito de grupo, este respeito, esta colega é daqui eu não vou mexer nisto, eu faço mas vou dar-lhe uma satisfação e não me sinto inferiorizada por fazer isso (...) depois também melhora a aceitação da pessoa na equipa porque deixa da haver nichos, a pessoa convive com esta e com aquela, consegue falar com todas, e nestas colegas que têm chegado elas próprias dizem isso, elas conseguem perceber o que se está a passar, o sentido crítico delas, porque como estão, estão dentro e fora.” E16</u></u></i></p>
Stresse	<p><i>“<u>Enfermeiros menos stressados; até diminui [o stresse]. Isso causa muito sofrimento, não é? Até poderia, nós não temos muito absentismo, mas se calhar até poderia ter relação com o absentismo.” E16</u></i></p>

Quadro 19 - **Condições para a SCE:** ‘caraterísticas da equipa’

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Conduta profissional</p>	<p><i>“<u>Não estando a chefe nota-se que as coisas andam assim, e às vezes há sempre aquela, ‘casa onde não há pão todos ralham e ninguém tem razão’.</u>”</i></p> <p>E4; <i>“Há muita coisa que se passa nos outros turnos que nos passa completamente ao lado (...) no turno da <u>manhã</u> eles [enfermeiros] <u>têm procedimentos</u> e no <u>turno da tarde</u> têm outros completamente diferentes. <u>Porque têm cá o chefe [de manhã] (...) de tarde [o chefe] não está. Então não há quem supervise, e as coisas às vezes não correm tão bem.</u>”</i></p> <p>E5; <i>“<u>É a relação entre a equipa de enfermagem e a equipa auxiliar, como também é nos serviços (...) a equipa Y é uma equipa muito próxima dos enfermeiros (...) são indivíduos que estão cá permanentemente (...) há uma relação médico-enfermeiro (...) mas esta proximidade aqui é muito mais acentuada. É uma proximidade perigosa. (...) Uma relação também boa com os serviços (...) que vêm cá trazer os doentes.</u>”</i></p> <p>E11; <i>“Pessoas que já que <u>encaram o seu trabalho na verdadeira aceção da palavra, que são muito certinhas (...) a conduta às vezes é muito de altos e baixos para determinadas pessoas e outras é muito linear (...) outros que trabalham quando o chefe está por perto (...) às vezes os enfermeiros também fogem um bocado às regras quando há interferência do exterior.</u>”</i></p> <p>E13; <i>“<u>É difícil a supervisão (...) porque às vezes há médicos que não percebem nada de gestão (...) julgam que levando tudo muito para o campo pessoal é o que interessa, e depois é que se gera conflitos (...) às vezes o que nos dizem assim nem sempre corresponde à verdade, portanto nós às vezes temos que usar de artimanhas.</u>”</i></p> <p>E13; <i>“Em termos de absentismo há muitos poucos dias (...) e portanto [a equipa] mantém-se muito, muito estável (...) <u>esta disponibilidade das pessoas para o serviço, a vaidade que as pessoas têm em poder, em dizerem: ‘eu fiz isto, isto está bem feito’, o brio (...) nós entramos sistematicamente das oito às cinco, e não recebíamos essas horas, tirávamos em tempo. (...) Tínhamos tido, eu, o privilégio, o prazer de trabalhar com pessoas de grupos profissionais diferentes, que normalmente no hospital vivem de costas voltadas uns para os outros, nas suas ilhas que de vez em quando cada um tenta mexer no queijo um do outro e é um</u>”</i></p>

bocado complicado.” E16

**Constituição da
equipa**

“Complica um bocado a falta de pessoas. (...) São todos completamente diferentes uns dos outros, tem ali maneiras de ser, formas de estar completamente diferentes, mas aí nas diferenças realmente é que se complementam.” E4; “Atendendo ao número de enfermeiros (...) não é exatamente o ideal (...) é quase impossível a gente conseguir supervisionar tudo e todos (...) é impraticável uma pessoa só (...) supervisionar todos estes enfermeiros.” E5; “O tipo de equipa que está (...) uma equipa mista, não só mulheres, não só homens (...) uma equipa demasiado velha, ou demasiado nova.” E11; “Quanto maior é o grupo mais difícil é.” E13; “Equipas grandes, poderá também ser outra dificuldade (...) oscilações bastante grandes [no] horário (...) [levam à] necessidade de maior número de pessoas a trabalharem (...) uma das dificuldades, (...) é esta mobilidade e a dificuldade de as vezes criar-se uma equipa que não sofra grandes mudanças (...) somos maioritariamente mulheres, jovens, e com idade em idade fértil, (...) gravidezes e licenças de maternidade são alargadas. (...) Estar ausente um profissional, quatro, cinco meses, obriga a ser substituído por outro enfermeiro, que muitas vezes não tem formação específica na área, e portanto necessita de um processo de integração que às vezes é feito demasiado rápido para poder dar resposta a aquilo que é uma necessidade imediata (...) é uma dificuldade (...) depois da licença de maternidade têm o horário de amamentação” E15; “Há equipas, há pessoas mais jovens que são mais bloqueadoras, e mais negativistas, são menos arrojadas, mais inflexíveis, do que estas.” E16

Quadro 20 - **Condições para a SCE: 'fatores'**

Quadro 20 - Condições para a SCE: 'fatores'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Académicos – investigação	<i>“Haver <u>trabalhos [investigação] que saíssem, trabalhos que se conseguissem que esses <u>trabalhos fossem publicados e lidos</u>, e, que fossem de uma forma mais massiva passasse para a população, aí sim acho que seria uma forma nós motivarmos as pessoas e conseguirmos, claro que isso é muito lento, muito lento, e que seria uma forma também de se <u>influenciar as políticas de saúde</u> em termos de profissionais de enfermagem.” E7</u></i>
Ambientais	<i>“<u>Atualmente está toda a gente desnorteada</u>, completamente (...) é <u>desnorte</u>, é <u>desmotivação</u>, é uma <u>anarquia</u>. <u>Cada um faz o que lhe apetecer</u>” E10</i>

Quadro 21 - **Condições para a SCE: 'figura do supervisor clínico'**

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Papel	<p><i>“Teria que haver inicialmente uma <u>preparação e uma mentalização dos enfermeiros para o papel desse elemento e os objetivos (...)</u> as <u>equipas tinham que aceitar esse papel como algo positivo para classe.</u>” E2; “Também teria aqui um <u>papel muito importante, de maneira a motivar a equipa; já estão habituados a ser supervisionados pelo chefe, mas não estão habituados a ser supervisionados por outra pessoa.</u>” E5; “E de <u>não o desempenharem com a atenção que esse papel merecia (...)</u> quando <u>não há congruência entre o que se diz, o que se pensa e depois o que se executa nos 365 dias por ano.</u>” E9</i></p>
Perfil	<p><i>“O supervisor (...) para poder andar com tudo, <u>é refletir junto (...)</u> numa primeira fase inicial seria talvez uma <u>figura punitiva.</u>” E5; “Se houver uma <u>pessoa rígida, autoritária, se calhar haverá muito mais dificuldades.</u>” E6; “Se uma pessoa não aceitar a outra, <u>se não a vir como pessoa que é realmente responsável, uma pessoa credível, uma pessoa que está ali para nos ajudar, e não para nos gritar e criticar (...)</u> agora se vierem com forma de crítica <u>não construtiva (...)</u> é muito complicado <u>isso ser aceite por uma equipa (...)</u> acho importante que <u>seja aceite (...)</u> pode vir uma pessoa de fora que tenha um certo poder mas se não for aceite pela equipa é muito complicado.” E8; “<u>Falta de preparação de determinadas pessoas para quererem assumir esse papel.</u>” E9; “<u>Nunca deve ser um papel desempenhado por voluntarismo (...)</u> nem sempre o voluntarismo é sustentado por outras características que um supervisor deve ter, e portanto isto tem efeitos contraproducentes (...) <u>as ditas pessoas [supervisores] tivessem, reunissem um determinado perfil.</u>” E9; “<u>Os supervisores devem ter olho para as coisas num sentido positivo, com positivismo. Vamos transformar as dificuldades em oportunidades, vamos fazer, aproveitar isto para fazer, e pegando nessa ótica da qualidade mudamos algumas coisas.</u>” E16</i></p>

Quadro 22 - Condições para a SCE: 'gestão'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Serviço	<p><i>“Fatores que podem facilitar são mostrar que <u>em termos de desempenho profissional a pessoa está a desenvolver num nível mais acima e que tem em termos de comando muito mais as coisas sobre o seu controle, e sabe o que está a fazer e tem consciência de que as está a fazer e de como as está a fazer.</u>” E7; “<u>O enfermeiro chefe tem que ter necessariamente também uma boa relação com os [médicos] (...) se o enfermeiro chefe não está ao lado de X não demora quinze dias no [serviço]. Ou se impõe, pela competência e, pronto, nada a fazer, ou então (...)</u>” E11; “<u>Para facilitar, portanto, tem a ver com a organização do serviço (...) portanto, regras, regras (...) supervisão clínica está em conhecer todas as regras, portanto, estamos a falar em normas (...) orientações de serviço (...) procedimentos (...) tem que dominar bem, tem que os conhecer para puder implementá-los, para que eles sejam cumpridos.</u>” E17</i></p>
Topo	<p><i>“<u>Toda esta conjuntura inibe completamente seja o que for (...)</u> não tenho hipótese nenhuma de fazer uma coisa com pés e cabeça, simplesmente mantenho o serviço a funcionar (...) o serviço só com uma pessoa não funciona (...) tenho as três pessoas só que não dá, não dá. (...) <u>Não nos pedem nada [a gestão de topo] e por isso a gente também não dá nada (...) está toda a gente desnordeada, completamente.</u>” E10; “<u>A gestão de topo tem sido mais conflituosa e mais bloqueadora do que facilitadora, devia ser ao contrário, e isso complica tudo por aí abaixo (...) há muito pouco reforço positivo, e reconhecimento a nível de topo (...) a grande falta de reconhecimento, que depois se acaba por definir em falta de respeito, falta de consideração, negativismo (...)</u> é de reconhecer, quanto mais não seja chegar lá e dizer às pessoas: “obrigado”, não é? porque bons profissionais fazem boas empresas. (...) <u>Em termos bloqueadores é essencialmente, neste momento, a nível de gestão, de organização, gestão, vamos dizer gestão de topo (...)</u>” E16</i></p>

Quadro 23 - Condições para a SCE: 'recursos'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Financeiros	<p><i>“O [programa X] é um grande chamariz de enfermeiros [ao serviço] (...) temos a equipa mais satisfeita (...) [há] <u>enfermeiros que ganham mil euros numa manhã</u> (...) os doentes saem daqui, vão para os serviços e quem os trata são <u>outros enfermeiros, que não ganham nenhum, zero</u> (...) um sector facilitador (...) ter uma <u>equipa motivada porque sabem que economicamente são motivados</u> (...) às vezes <u>os outros é que trabalham</u>, não quer dizer que estes aqui não trabalhem, <u>mas estes é que ganham dinheiro</u> (...) no tempo faz as suas horas normais, depois <u>fazem noutro tempo e ganham muito dinheiro por isso.</u>” E11</i></p>
Físicos	<p><i>“Também outra coisa que às vezes <u>interfere: as condições físicas</u> (...)”, não é fácil gerir isso (...) <u>eu precisava, acho que nem era um gabinete para estar, de facto, era ter um gabinete</u> (...) <u>acontece precisar de falar a esta pessoa isto ou aquilo ou aqueloutro naquela altura, e não tem um sítio.</u>” E4; “A nossa prática atendendo à <u>estrutura física [do serviço Y], não é exatamente a ideal.</u>” E5; “<u>A estrutura física é muito importante</u> (...) mas ao mesmo tempo <u>se tiver más condições se é calhar inibidora</u> (...) não é por acaso que os hospitais cada vez mais deveriam ter um meio ambiente completamente <u>estável.</u>” E11</i></p>
Informáticos	<p><i>“O [software Z] ajuda muito, vai ajudar muitíssimo, os próprios <u>profissionais vão sentir</u> (...) quase que <u>obrigados a cumprir mais rigorosamente</u> (...) <u>se não o fizerem em tempo útil vai ficar registado que não fez, e se começar a fazer hoje, amanhã e depois, alguma coisa se passa com esse profissional.</u>” E17</i></p>
Materiais	<p><i>“<u>Temperatura ambiente, quem está com calor</u> (...) <u>debaixo de um foco</u> (...), é uma chatice dos diabos. <u>Ninguém consegue fazer boa cara</u> (...) <u>ter bons equipamentos, não são bons, mas aqueles completamente necessários.</u>” E11</i></p>

Quadro 24 - **Enfermeiro supervisor clínico:** 'competências'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de Registo
Aceite pelo enfermeiro chefe	<i>"Elemento que faça a ponte entre os chefes e os colegas, porque reconhecidamente tem mais formação, logicamente que para além das competências que tem, terá que ser <u>alguém</u> que seja <u>validado pela chefia</u> (...) estar em <u>sintonia com as chefias</u> (...) podem ser aqueles gestores intermédios dentro de uma unidade que funcionarão para ligação com o chefe." E15; <u>"Sabe a forma da chefe trabalhar, não me contradiz, sabe a dinâmica do serviço, como funciona</u> (...) e que o <u>grupo a reconhece como</u> minha substituta." E18</i>
Camuflagem	<i>"Ter um trabalho de cativar, de errar, de passar para o lado deles [enfermeiros supervisionados]." E5;</i>
Com poder	<i>"Pessoa que tem mais poder (...) o poder também ajuda, se formos pares nivelados (...) o enfermeiro que recebe a mensagem já não interioriza da mesma maneira." E14</i>
Espírito aberto	<i>"Com mente aberta." E11</i>
Aceite pelos pares	<i>"Bem <u>aceite por todos os enfermeiros</u> (...) ser bem <u>aceite por todas as equipas</u>." E2; "Importante que seja aceite." E8; "Tem que ser primeiro <u>uma pessoa que seja aceite pelo grupo</u> (...) que reconheça na pessoa que tem <u>capacidades, capacidades técnicas, capacidades científicas</u>." E14</i>
Ambicioso	<i>"Que tenha uma <u>perspetiva de crescer na carreira</u>." E11</i>
Assertivo	<i>"É preciso também um pouco de <u>sensibilidade de forma a passar sem ferir suscetibilidades e a ser captado, absorvido pelos outros colegas de uma forma positiva e enriquecedora</u> (...) é importante saber lidar com as pessoas. Porque entrar em conflito é rápido. Agora, <u>captar é mais complicado, chegar-se</u>." E5; "Tentar conhecer o outro e <u>tentar ser assertivo</u>." E13; "Que tenha o tal <u>perfil para saber lidar com os profissionais</u> (...) haver um bocado de <u>habilidade para não ferir sensibilidades</u>." E17</i>
Autocrítico	<i>"Conhecer as minhas dificuldades, saber os meus potenciais (...) [saber] <u>identificar naquilo em que realmente sou boa, aquilo que eu posso melhorar, aquilo que eu realmente tenho que corrigir</u>." E16</i>
Calmo/	<i>"<u>Calma</u> (...) <u>paciência</u>." E4; "Poder <u>dar uma certa calma</u> às pessoas numa</i>

Paciente	<i>situação de stresse.” E5; “<u>Pessoa calma.</u>” E18</i>
Comunicador/ Ouvinte ativo	<i>“<u>Estar atento às pessoas, e falar às pessoas.</u>” E4; “<u>Passar a informação é muito mais complicado.</u>”E5; “<u>Saber escutar, saber transmitir a informação, saber interrogar.</u>” E16; “<u>Que sabe ouvir.</u>” E18</i>
De confiança	<i>“<u>O espírito de confiança é fundamental para a melhoria dos cuidados.</u>” E18</i>
Dedicado/ Disponível	<i>“Há <u>pessoas que são capazes de se dar um bocado</u>, e há outros que não são (...) tem muito de próprio, tem muito da sua personalidade.” E11; “<u>Estar disponível, porque só assim é que consegue, de facto, se está ao lado, é que consegue apreender o que se está a passar.</u>” E15; “<u>Pessoa dedicada.</u>” E17</i>
Experiente (profissional/vida)	<i>“<u>Deve ter que ter passado pela prática para perceber as dificuldades todas inerentes à situação (...)</u> <u>precisa de muitos anos de experiência na prática (...)</u> <u>prática, prática clínica, experiência.</u>” E10; “<u>São várias competências, a nível da experiência de profissional (...)</u> <u>com experiência, com experiência de vida (...)</u> <u>nós não somos só profissionais, nós somos seres humanos, pessoas que cuidamos de pessoas (...)</u> <u>[pelo que] a parte da experiência pessoal vai interferir na nossa maneira de lidar com as coisas.</u>” E12</i>
Isento/ Imparcial	<i>“<u>Sobretudo uma pessoa isenta.</u>” E3; “<u>Que seja imparcial (...)</u> <u>tem que ter um comportamento imparcial, ser na equipa tida como uma pessoa neutra e imparcial,</u> <u>mas à qual se possa pedir ajuda em caso de necessidade. Tem que ser uma pessoa idónea.</u>” E12</i>
Líder	<i>“<u>Capaz de liderar (...)</u> <u>com capacidade de liderança.</u>” E2; “<u>Capacidades de chefia, de gestão.</u>” E14; “<u>Tem que necessariamente que ter umas características de líder (...)</u> <u>de liderança, o que não tem nada a ver com chefias (...)</u> <u>estar de acordo com aquilo que é a filosofia, que são os objetivos da chefia para com o serviço (...)</u> <u>tem que ser alguém que esteja também em consonância e capaz de dar resposta de facto a isso (...)</u> <u>competências devidamente reconhecidas, capacidade de liderança.</u>” E15</i>
Modelo	<i>“<u>Deve ter, em primeiro, um desempenho, ele próprio deve ser modelo para supervisionar aquilo que se propôs supervisionar.</u>” E9; “<u>São várias competências, é a nível da experiência de profissional, do elemento ser um bom profissional, de ter conhecimentos da nossa área.</u>” E12</i>
Motivador	<i>“<u>Capaz de motivar para a mudança.</u>” E2; “<u>Papel muito importante de</u></i>

	<i>maneira a <u>motivar a equipa.</u>” E5; “Tem que ser alguém muito completo (...) que <u>esteja sempre constantemente motivado.</u>” E7 “Também de alguma maneira a <u>motivação</u> aqui é extremamente importante (...) <u>tem que estar com vontade.</u>” E15</i>
Observador	<i>“Tem que ter <u>espírito de observação</u> (...) tem de <u>saber observar.</u>” E6; “<u>Ler as expressões faciais e a postura e a forma como se comporta porque também já conhece as pessoas</u> e acho que é obrigatório isso.” E15; “<u>Espírito de observação bastante bom.</u>” E17</i>
Orientador	<i>“<u>Que se possa pedir conhecimentos, explicações.</u>” E12; “Poderá ser uma pessoa a quem se <u>lhe possa pedir ajuda, no sentido de possuir mais conhecimentos</u>, que às vezes fazemos isso de uma forma informal nos turnos.” E15; “É preciso <u>saber orientá-los e saber ajudá-los.</u>” E17</i>
Perito	<i>“Se destaca no seu desempenho com algum saber fazer (...) <u>ser peritas</u> no assunto X ou da área Y, sim. (...) Ser uma enfermeira competente.” E12; “Primeiro será a <u>perícia, a habilidade</u> (...) <u>não só em termos da execução</u> (...) em termos de trabalhar, de partilhar é preciso também <u>habilidade nisso.</u>” E16</i>
Perspícaz	<i>“Teria que <u>ser</u> bastante <u>perspícaz</u> para conseguir conhecer cada grupo, e dentro de cada grupo, ter um elemento per si para atuar de acordo com cada um.” E2; “Numa situação de alguma fragilidade emocional cabe também (...) ao <u>supervisor clínico</u> nesse aspeto <u>detetar</u> (...) [<u>Identificar</u>] que uma pessoa <u>não está bem, não está num estado habitual e está mais preocupado.</u>” E15</i>
Persuasor	<i>“Com <u>capacidade de persuasão.</u>” E2</i>
Professor/ Formador	<i>“Com mais competências até para <u>fazerem ensino</u> depois aos colegas e chamarem atenção para determinados pormenores.” E6; “Que <u>queira ensinar.</u>” E11; “Temos a <u>função de educação</u> (...) e não é com função de punição, não interessa, não devemos partir por aí, devemos partir sempre de uma atitude de ajuda e de retificar as pessoas, pelo que não está bem, o que está melhor e o que está pior.” E14; “Grande capacidade de <u>caraterísticas pessoais para poder ensinar.</u>” E15; “É <u>formador</u> (...) que tem a particularidade de <u>ser um formador individual</u> (...) é mais personalizada a formação.” E17</i>
Profissional/ Com prática	<i>“<u>Ter conhecimentos para poder transmitir</u> (...) <u>ter essa parte técnica também bem fundamentada</u> (...) um supervisor que vá supervisionar um colega que</i>

baseada evidência	na <i>tecnicamente não sabe, também não vai supervisionar nada (...) em primeiro lugar a pessoa <u>tem que saber atuar (...)</u> <u>tem que saber estar, tem que saber fazer, tem que saber ser.</u>" E5; "Uma <u>pessoa atualizada (...)</u> <u>conhecer os conteúdos teóricos, práticos, para poder ver se o que se está a executar está correto (...)</u> <u>tem que ter competências profissionais, tem que saber, tem que ter conhecimentos.</u>" E6; "<u>Vontade de estar sempre a pesquisar as coisas que estão mais à frente (...)</u> <u>partilhar interesses e saberes não só a nível institucional mas com outras instituições.</u>" E7; "Primeiro: <u>competências (...)</u> <u>tem que saber muito</u> mas (...) não deve ser um teórico, deve ter que ter passado pela prática (...) se na supervisão clínica não houver <u>alguém com muito saber</u>, vamos cair no mesmo erro, começamos a discutir as "niquices" e deixamos o essencial." E10; "<u>Primeiro do seu saber, do seu know how.</u>" E11; "<u>Ser um bom profissional.</u>" E12; "Um enfermeiro para desempenhar este papel primeiro tinha que <u>ser conhecedor na área em que anda.</u>" E13 </i>
Próximo	<i>"<u>Proximidade</u>, não intimidade, mas <u>proximidade</u>. Ser fácil chegar a mim, ou eu chegar à outra pessoa." E3; "<u>Estar por perto.</u>" E5; "<u>Estar próximo.</u>" E15 </i>
Respeitador/ Colaborador	<i>"Sobretudo uma <u>pessoa com postura e correta.</u>" E3; "Tem que ter o bom senso (...) [ser] <u>respeitado (...)</u> <u>como supervisor</u>, porque senão não é respeitado, tem que ter o bom senso em determinadas alturas de forma a poder discernir se realmente é a altura ideal de falar." E5 </i>
Treinador	<i>"<u>Ter competências</u> em termos de saber trabalhar em equipa, (...) saber orientar, há <u>competências (...)</u> <u>do treinador</u>, sigam nessa perspetiva, acho que é muito importante olhar para isso como uma ferramenta." E16 </i>

Anexo 30

Quadro 25 - **Enfermeiro supervisor clínico: 'formação'**

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Especialização	<p><i>“Ter <u>conhecimentos da nossa área, neste caso específico na área [x] (...) a nível da especialidade é necessário ter.” E12; “Com uma especialidade, primeiro porque tem uma formação (...) tem mais conhecimentos (...) é uma mais-valia (...) especialidade (...) seria importante.” E15</u></i></p>
SCE (teoria/prática)	<p><i>“Devia ter conhecimentos sobre a supervisão clínica (...) era <u>importante que tivesse formação [em supervisão clínica] (...) se tivesse experiência de um programa noutra instituição, melhor ainda, porque já tinha uma bagagem de situações e de resoluções que ajudava.” E1; “Formação na área da supervisão clínica, o que é que se pretende e as estratégias a utilizar para ensinar essa supervisão.” E2; “[Formação em SCE] eu acho que sim (...) até ajudava para a gente relembrar algo que já perdeu ou que ficou mais esquecido e assim.” E4; “[Formação em SCE] sim, até porque é direcionado só para isso.” E5; “Ter formação [SCE].” E6; “Sim. Tinha interesse ter uma formação [em SCE] e ter de X em X tempo atualizações.” E7; “Sim, penso que sim (...) a formação [em SCE] ajudaria bastante.” E9; “[Formação em SCE] poderia ser uma mais-valia.” E12; “Tem que ter essa formação [em SCE].” E14; “Seria o ideal [formação em SCE], até porque já existe e portanto seria propriamente ouro sobre azul.” E15; “Tivesse uma <u>formação inicial base [SCE], e depois que ao fim de X em X tempo houvesse reciclações (...) a formação, é importante que a pessoa tenha conhecimentos.” E16; “Penso que sim [ter formação em SCE].” E17; “O curso de supervisão clínica em enfermagem podia ser uma mais-valia.” E18</u></u></i></p>
Gestão/ liderança	<p><i>“Teria que ter também, <u>formação (...) na área da gestão de conflitos, na área da liderança.” E2; “Formação na área da gestão.” E7; “Seria importante até uma pós-graduação numa área que tivesse a ver com organização de serviço.” E15; “Deve ter uma pós graduação em gestão de unidade de cuidados.” E18</u></i></p>
Pedagogia	<p><i>“Devia <u>ter conhecimentos sobre pedagogia.” E1; “Se tivesse que ter algum curso especial seria a nível de pedagogia.” E5; “Têm que ter formação em formação, como se faz formação, como se transmite.” E16</u></i></p>

Psicologia

“Formação a nível de psicologia para saber lidar com os diferentes grupos, para evitar conflitos, para gerir os conflitos (...) formação na área das relações humanas.” E2; “Formação em relações humanas.” E3; “Adquirir formação na componente relacional.” E4

Quadro 26 - **Enfermeiro supervisor clínico:** 'proveniência'

Quadro 26 - Enfermeiro supervisor clínico: 'proveniência'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Irrelevante	<i>"Do serviço ou fora do serviço? <u>Pode ser uma pessoa qualquer.</u>" E3</i>
Externo ao serviço	<i>"Às vezes é bom que <u>sejam de fora do serviço</u> (...) é capaz de ter vantagens que <u>sejam de fora do serviço.</u>" E1; "Alguém da instituição mas <u>que não pertença a nenhum serviço.</u> <u>Alheio ao serviço</u> mas dentro da instituição e dentro dos cuidados de enfermagem. (...) <u>uma pessoa que não pertencesse a nenhum serviço</u> (...) há sempre a subjetividade e há sempre a dificuldade de ser imparcial quando se pertence a um serviço." E2</i>
Interno ao serviço	<i>"Do meu grupo, do meu serviço." E4; "Não concordo que seja fora do serviço. <u>Deve ser do serviço.</u>" E5; "<u>Devia ser do serviço</u> porque os serviços, todos eles têm as suas particularidades." E8; "Penso que estamos a falar num cenário de <u>enfermeiro do serviço.</u>" E9</i>

Quadro 27 - Procedimentos de SCE: 'tempo'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Tempo de serviço</p>	<p><i>“Contabilizado como <u>tempo de serviço</u> nesta fase, penso que terá que ser assim, porque senão a adesão é menor (...) não havendo nenhum tipo de motivação só o facto de contar como horas, o que ao fim de 2 ou 3 reuniões se reverte numa folga, dá um turno, é a única forma que ainda motiva os enfermeiros a virem.” E2; “Pessoalmente penso que <u>tempo de serviço.</u>” E3; “<u>Deve ser em tempo de serviço</u> (...) agora eu sei que realmente é pedir um bocado porque não é fácil, com as equipas que estão para assegurar os serviços.” E4; “<u>Eu contabilizo para os meus enfermeiros, pelo menos acho que é o procedimento mais correto.</u>” E5; “<u>Em tempo de serviço.</u>” E6; “<u>Contabilizar em tempo de serviço.</u> Isto é trabalho, isto é reconhecer, e é reconhecer em termos de motivação profissional. Eu sei que pode a evolução dos tempos caminhar para que uma grande percentagem das coisas sejam feitas em tempo pessoal (...) se é exercício profissional deve ser feito dentro do tempo de desempenho profissional.” E7; “<u>Devia ser pagar-lhe o tempo, contar-lhe o tempo em tempo de serviço.</u>” E8; “<u>Tempo de serviço.</u>” E9; “<u>Tempo de serviço, acho que deve ser assim.</u>” E11; “<u>De equipa eu acho que, se calhar, é capaz de ser dentro do tempo.</u>” E12; “<u>Tem de ser em tempo de serviço.</u>” E14; “<u>Em tempo de serviço, é uma obrigação, não é um voluntariado, de forma alguma, eu entendo as coisas como uma obrigação, aliás as reuniões de serviço são um dos itens que são valorizadas a frequência em termos de indicador.</u>” E15; “<u>Considero que inicialmente terá que ser em tempo de serviço.</u>” E16; “<u>Deve ser em tempo de serviço e aliás e se for a pensar na equipa eles dizem logo que essas horas têm que ser contadas, porque o que acontece é que as pessoas depois recusam-se a ir.</u>” E17; “<u>Em tempo de serviço.</u>” E18</i></p>
<p>Livre do enfermeiro (voluntário)</p>	<p><i>“Numa fase em que as pessoas estejam mais motivadas, mais envolvidas, que não é agora neste momento, eu penso que <u>deveria ser um tempo dos enfermeiros</u> porque eles também disponibilizarem 1 hora ou 1h30min para se reunirem, e para confraternizarem e para tomarem café também têm tempo e também o fazem, portanto, se o fizessem em prol do serviço não seria</i></p>

demais.” E2; “Se for de enfermeiros chefes eu acho que podia ser de tempo voluntário, porque se calhar já faz parte da nossa carreira.” E12

Quadro 28 - **Procedimentos de SCE: 'frequência das sessões'**

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
De acordo com os objetivos	<p><i>“<u>Dependeria principalmente do que nós pretenderíamos, o que é que iríamos atingir com isso.</u>” E12; “<u>De acordo com o desenvolvimento do grupo, porque isso obriga a um desenvolvimento de grupo, de dinâmica de grupo associada ao objetivo que tínhamos</u>” E16; “<u>Eu não definia timings, depende (...) havendo uma supervisão há um resultado, e em função desse resultado é que se vai definir as necessidades a fazer a atualização (...) depende da necessidade da equipa, depende daquilo que está disposta que ela der em função dos objetivos que se pretende.</u>” E17</i></p>
Semanal	<p><i>“<u>De uma forma inicial uma vez por semana depois iria avançando.</u>” E16</i></p>
Quinzenal/ mensal	<p><i>“<u>No início há sempre mais dúvidas, para serem colocadas mais situações, e depois assim uma orientação mais espaçada (...) mais frequente, mês a mês (...).</u>” E1; “<u>Inicialmente faria mensal.</u>” E3 “<u>Neste serviço eu diria mensalmente.</u>” E5; “<u>Nós fazemos muitos pontos de situações, temos as nossas reuniões mensais, muitas delas são precisamente em questão de determinadas melhorias e tem por base a análise de situações concretas que se passarem no dia-a-dia.</u>” E9; “<u>Agora colocar prazos, quinze em quinze dias, mês a mês.</u>” E14; “<u>Uma vez por mês.</u>” E18</i></p>
Trimestral	<p><i>“<u>Isso é muito variável porque depende do grupo, das características do grupo. Aqui trimestral, uma reflexão trimestral para se juntar alguns aspetos que estão menos bem ao longo desse período e depois refletir sobre esses aspetos.</u>” E2; “<u>Numa fase inicial acho que sim, nem que fosse de três em três meses que havia necessidade para que as pessoas entrassem no ritmo e começassem a aperceber-se das mudanças ou do papel estratégico que se teria que implementar. Depois numa fase posterior sim, mais espaçada.</u>” E7</i></p>

Anexo 34

Quadro 29 - **Procedimentos de SCE: 'local'**

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Serviço	<p><i>“Eu penso que <u>no serviço</u> (...) porque as pessoas <u>estão no seu ambiente</u> e era capaz de ser mais fácil falar e até lembrarem-se de situações.” E1; “Eu acho que <u>no serviço</u>.” E4; “<u>Cá dentro</u>.” E5; “<u>No serviço</u>. Sim, sim, <u>no serviço porque é a nossa realidade</u>.” E11; “Se calhar <u>dentro do local de trabalho</u>, sim, exatamente.” E12; “Isso <u>devia ser no serviço</u> (...) mas se tiver condições, é evidente, penso que <u>no serviço</u> será o ideal, portanto, tem que ter uma sala própria para isso.” E17</i></p>
Fora do serviço	<p><i>“Num gabinete de reuniões, numa sala de reuniões, na biblioteca, no departamento de formação, mas <u>fora do serviço</u>.” E2; “Seria fora do serviço.” E6</i></p>
Indiferente	<p><i>“Acho que <u>era indiferente</u>, acho que <u>era indiferente</u>.” E3</i></p>

Quadro 30 - **Procedimentos de SCE**: 'tipologia'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>De acordo com as necessidades/situações</p>	<p><i>“<u>Há situações que devem ser de forma individual, e deve ser uma conversa com os enfermeiros, há situações, por isso nós temos de ser sensatos e ponderados relativamente, e há outras, outros assuntos e outras temáticas que em grupo rende mais, percebe? A gente tem que gerir muito bem isto.</u>” E4; “Eu acho que <u>depende um bocado do estádio, da evolução da situação.</u>” E7; “<u>Depende, eu também acho que depende das situações.</u>” E8; “Há questões que são extremamente benéficas feitas em grupo e outras que devem ser de uma forma isolada e de uma forma individual, <u>depende muito das matérias.</u>” E9; “Isso se calhar <u>dependeria principalmente do que nós pretenderíamos (...)</u> poderia ser das duas maneiras.” E12; “<u>Dependia (...)</u> portanto, <u>depende da situação, embora considere que esse momento de, de discussão de práticas por exemplo, devam existir e devam existir com alguma periodicidade.</u>” E15; “<u>Depende. Às vezes devem ser individuais – quando há chamadas de atenção, incidentes críticos – devem ser em particular. Há outras coisas que podem ser em conjunto, às vezes quando há necessidade de elogiar.</u>” E18</i></p>
<p>Desconhecimento</p>	<p><i>“Eu <u>não tenho experiência</u> que me permita dizer, neste momento, <u>se é melhor em grupo, profissional (...)</u> se for uma formação de supervisão feita de colega para colega, convém aqui haver um certo tacto, porque senão acontece o quê? Mas tu vens-me ensinar o quê? Vens-me dizer o quê?” E11</i></p>
<p>Grupo</p>	<p><i>“<u>Em grupo</u> penso que é mais fácil porque uns puxam os outros e é capaz de ser mais produtivo.” E1; “<u>Em equipa. É assim, em equipa por serviço, a equipa deste serviço, a equipa de outro serviço (...)</u> no sentido de uniformizar os cuidados e penso que esta <u>reflexão</u> tinha que ser efetuada efetivamente <u>em grupo mas na equipa.</u>” E2; “<u>Em grupo, em grupo.</u>” E3; “<u>Numa fase inicial eu acho que pela experiência que nós temos aqui acho que era sempre em grupo (...)</u> a equipa tem uma forma de estar, de comunicar, de gerir conflitos (...) acho que partir do geral para o particular, acho que inicialmente <u>só com esta equipa.</u>” E16</i></p>
<p>Serviços</p>	<p><i>“Se fosse um <u>serviço homólogo</u> penso que era vantajoso.” E1; “Dentro de</i></p>

homólogos

serviço tinha a vantagem que era mais fácil reunir as pessoas, debruçar-nos mais sobre os problemas do serviço, mas eu estou a ver, trocar experiências com outros também era vantajoso.” E6; “Todos os serviços de [X], se calhar é diferente de outros serviços de [Y], mas nós [X], nós somos iguais a tratar as [clientes] como o serviço de Braga, do Porto, ou de Coimbra.” E12; “Podiam ser com enfermeiros de outro serviço para refletirmos.” E18

Questionário de avaliação da formação em SCE

AVALIAÇÃO FINAL DA FORMAÇÃO EM		
SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	Início:	Fim:

Instruções de preenchimento do questionário

- Assinale a sua opinião com um círculo na escala de 1 a 5 que tem os seguintes valores:

1	2	3	4	5
Discordo em absoluto	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo em absoluto

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO / FORMADOR

1) Os objetivos da formação são perceptíveis.	1 2 3 4 5
2) O conteúdo da formação é adequado às necessidades.	1 2 3 4 5
3) Os temas abordados são atuais e úteis.	1 2 3 4 5
4) A formação de formação correspondeu às expetativas.	1 2 3 4 5
5) Existiu motivação para participar na formação.	1 2 3 4 5
6) As atividades realizadas são adaptadas à sessão.	1 2 3 4 5
7) Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho.	1 2 3 4 5
8) Os meios audiovisuais são adequados.	1 2 3 4 5
9) O formador demonstra domínio sobre o(s) assunto(s) abordado(s).	1 2 3 4 5
10) Os métodos adotados pelo formador são adequados relativamente aos objetivos da formação.	1 2 3 4 5
11) A linguagem utilizada pelo formador é adequada.	1 2 3 4 5
12) O formador demonstra empenho na condução da formação.	1 2 3 4 5
13) O relacionamento do formador com o grupo de trabalho foi bom.	1 2 3 4 5

SUGESTÕES/CRÍTICAS

1) ASPETOS POSITIVOS NA/DA ACÇÃO

2) ASPETOS A MELHORAR

3) SUGESTÕES/COMENTÁRIOS

Muito Obrigado pela sua colaboração!

sandracruz

Tabela 11 – Frequência absoluta e relativa das respostas à avaliação da formação em SCE

Tabela 11 – Frequência absoluta e relativa das respostas à avaliação da formação em SCE

Avaliação da formação/formador	Recolha (n=149)	
	n	(%)
1.Os objetivos da formação são perceptíveis.		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	0	(0)
Sem Opinião	2	(1)
Concordo	87	(58)
Concordo em absoluto	60	(40)
2.O conteúdo da formação é adequado às necessidades.		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	3	(2)
Sem Opinião	7	(5)
Concordo	89	(60)
Concordo em absoluto	50	(33)
3.Os temas abordados são atuais e úteis.		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	0	(0)
Sem Opinião	2	(1)
Concordo	45	(30)
Concordo em absoluto	102	(69)
4.A formação correspondeu às expetativas.		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	3	(2)
Sem Opinião	9	(6)
Concordo	89	(60)
Concordo em absoluto	48	(32)
5.Existiu motivação para participar na formação.		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	2	(1)
Sem Opinião	21	(14)
Concordo	67	(45)
Concordo em absoluto	59	(40)
6.As atividades realizadas são adaptadas à formação.		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	1	(1)
Sem Opinião	6	(4)
Concordo	84	(56)
Concordo em absoluto	58	(39)
7.Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho.		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	1	(1)
Sem Opinião	2	(1)
Concordo	36	(24)
Concordo em absoluto	110	(74)
8.Os meios audiovisuais são adequados.		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	2	(1)
Sem opinião	12	(8)
Concordo	80	(54)
Concordo em absoluto	55	(37)
9.O formador demonstra domínio sobre o(s) assunto(s) abordado(s).		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	0	(0)
Sem opinião	0	(0)
Concordo	18	(12)
Concordo em absoluto	131	(88)
10.Os métodos adotados pelo formador são adequados relativamente aos objetivos da formação.		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	0	(0)
Sem opinião	6	(4)
Concordo	74	(50)
Concordo em absoluto	69	(46)

11.A linguagem utilizada pelo formador é adequada.		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	0	(0)
Sem opinião	0	(0)
Concordo	37	(25)
Concordo em absoluto	112	(75)
12.O formador demonstra empenho na condução da formação.		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	0	(0)
Sem opinião	1	(1)
Concordo	24	(16)
Concordo em absoluto	124	(83)
13.O relacionamento do formador com o grupo de trabalho foi bom.		
Discordo em absoluto	0	(0)
Discordo	0	(0)
Sem opinião	1	(1)
Concordo	27	(18)
Concordo em absoluto	121	(81)

Anexo 38

Questionário da Fase IV

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

A melhoria da qualidade em saúde e o desenvolvimento das práticas passa, indiscutivelmente, pela promoção de uma atitude reflexiva dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros e pode ser facilitada através da supervisão clínica em enfermagem, cujos efeitos foram definidos como área alvo pela Organização Mundial de Saúde.

Como professora – adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto e como aluna do 2º Curso de Doutoramento da Universidade Católica Portuguesa, a realizar o seu trabalho de investigação, sob a orientação do Professor Doutor Luís Carvalho e coorientação do Professor Doutor Paulino Sousa, decidiu-se desenvolver um estudo exploratório, descritivo e longitudinal, no qual se vai explorar a relação existente entre a supervisão clínica em enfermagem e as capacidades para a inteligência emocional, as respostas ao stresse e os recursos de *coping* que os enfermeiros utilizam.

Para tal, é imprescindível a sua colaboração no preenchimento do presente questionário. Este é composto por quatro partes, nomeadamente: I – Caracterização sócio - demográfica; II – Escala de Supervisão Clínica de Manchester®; III – Inventário de Respostas e Recursos Pessoais® e IV – Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional®.

Assegura-se a confidencialidade e o anonimato dos dados. Antes de começar a responder ao questionário, preencha por favor, os 3 primeiros números do seu Bilhete de Identidade (B.I.) e os 3 primeiros números do seu Número de Identificação Fiscal (N.I.F.), de modo a proceder-se à codificação do questionário e de o poder emparelhar com o anteriormente respondido.

Agradecendo-se toda a colaboração prestada.

sandracruz

NOTA IMPORTANTE: Com a finalidade de se proceder à codificação do questionário, preencha por favor, os 3 primeiros números do seu Bilhete de Identidade (B.I.) e os 3 primeiros números do seu Número de Identificação Fiscal (N.I.F.).

B.I.			
N.I.F.			

PARTE I - CARATERIZAÇÃO SÓCIO - DEMOGRÁFICA

Coloque uma cruz no espaço que corresponde à sua resposta, sempre que necessário, ou responda à pergunta por favor.

0.Respondeu ao 1º. questionário deste estudo que foi distribuído em 2008?
Sim Não

1.Sexo: Feminino Masculino **2.Idade** (anos completos): ____ **3.Tempo de serviço**
(anos completos): ____

4.Qual é a sua categoria profissional?

Enfermeiro Enfermeiro Graduado Enfermeiro Especialista
Área: _____

5.Relativamente à sua situação jurídica de emprego, que tipo de vínculo possui?

Vínculo definitivo à função pública Contrato individual de
trabalho a termo certo
 Contrato individual de trabalho sem termo (efetivo) Outro:
Qual? _____

6.No CHMA em que Unidade desempenha as suas funções?

Unidade de Santo Tirso Unidade de Famalicão

7.No CHMA em que Serviço desempenha as suas funções?

Serviço?: _____

8.Tempo de permanência no mesmo Serviço?

0 a < 6 meses ≥ 6 meses a < 1 ano ≥ 1 ano a < 2 anos ≥ 2 anos a 5 anos ≥ 5
anos

9. Qual é o seu horário de trabalho? 35h Semanais 40h Semanais Outro:
Qual? _____

10. Que tipo de horário de trabalho tem? Horário fixo *Roulement* Outro:
Qual? _____

11. Acumula funções nesta Instituição ou noutra? Não Sim:
Quantas horas? ____

12. Qual a regularidade de contacto com o seu Supervisor Clínico durante o horário de trabalho?

Nenhuma Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente

13. Qual a regularidade das sessões de supervisão clínica?

Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente 2-3meses
> 3meses

14. Qual o local utilizado para as sessões de supervisão clínica?

No local de trabalho Fora do local de trabalho Ambos

15. Qual é o tempo de duração das sessões de supervisão clínica?

< 30min. ≥ 30min. a < 45min. ≥ 45min. a < 60 min. ≥ 1hora a < 2horas ≥
2horas

16. Qual é o seu grau académico (considere o mais elevado)?

Bacharel ou equiparado Licenciado ou equiparado

Mestre (Área) _____ Doutor (Área) _____ Outro:
Qual? _____

17. Possui algum Curso de Formação Pós - Graduada? Não Sim:
Qual? _____

18. Neste momento está a frequentar algum Curso/Formação? Não Sim:
Qual? _____

19. Prevê vir a frequentar algum Curso/Formação? Não Sim:
Qual? _____

PARTE II - ESCALA DE SUPERVISÃO CLÍNICA DE MANCHESTER®

Assinale, com apenas um círculo/cruz, a resposta que traduza a sua opinião face a cada afirmação:

Legenda: 1 - Discordo totalmente; 2 - Não concordo; 3 - Sem opinião; 4 - Concordo; 5 - Concordo totalmente

1.A pressão acumulada no trabalho interfere com as sessões de supervisão clínica (S.C.).	1	2	3	4	5
2.É difícil obter tempo para as sessões de supervisão clínica.	1	2	3	4	5
3.As sessões de supervisão clínica são desnecessárias.	1	2	3	4	5
4.O tempo utilizado nas sessões de S.C. afasta-me das minhas funções na prática clínica.	1	2	3	4	5
5.A supervisão clínica liberta-me da pressão do trabalho.	1	2	3	4	5
6.A preparação das sessões de supervisão clínica aumenta a pressão no trabalho.	1	2	3	4	5
7.Considero que as sessões de supervisão clínica consomem muito tempo.	1	2	3	4	5
8.O Supervisor Clínico dá-me apoio e encoraja-me.	1	2	3	4	5
9.A supervisão clínica não resolve assuntos de carácter pessoal.	1	2	3	4	5
10.As sessões de supervisão clínica são intrusivas.	1	2	3	4	5
11.A supervisão clínica proporciona-me tempo para refletir.	1	2	3	4	5
12.Problemas do trabalho poderão ser discutidos de forma construtiva durante as sessões de S.C.	1	2	3	4	5
13.As sessões de supervisão clínica facilitam a prática reflexiva.	1	2	3	4	5
14.Se há algo que não compreendo, o Supervisor Clínico é sempre aquele a quem posso recorrer.	1	2	3	4	5
15.O Supervisor Clínico dá uma opinião imparcial.	1	2	3	4	5
16.O Supervisor Clínico é alguém com quem posso abordar aspetos mais sensíveis que se apresentam na prática clínica.	1	2	3	4	5
17.Foi muito útil falar sobre assuntos de carácter pessoal com alguém diferente.	1	2	3	4	5
18.As sessões de supervisão clínica são uma parte importante na minha rotina de trabalho.	1	2	3	4	5
19.O Supervisor Clínico nunca se encontra disponível, quando necessário.	1	2	3	4	5
20.Aprendo com a experiência do Supervisor Clínico.	1	2	3	4	5
21.É importante arranjar tempo para as sessões de supervisão clínica.	1	2	3	4	5
22.O Supervisor Clínico dá-me bons conselhos.	1	2	3	4	5
23.O Supervisor Clínico é sincero comigo.	1	2	3	4	5
24.As sessões com o Supervisor Clínico aprofundam o meu conhecimento sobre a prática clínica.	1	2	3	4	5
25.A supervisão clínica não é necessária para Enfermeiros com experiência e “anos de casa”.	1	2	3	4	5
26.O Supervisor Clínico impede-me que questione temas delicados.	1	2	3	4	5
27.O Supervisor Clínico age de modo prepotente durante as sessões.	1	2	3	4	5
28.A S.C. é direcionada para Enfermeiros com pouca experiência ou recentemente admitidos no serviço.	1	2	3	4	5

29.A supervisão clínica auxilia a tornar-me num melhor profissional.	1	2	3	4	5
30.Sem as sessões de supervisão clínica piora a qualidade da prestação de cuidados.	1	2	3	4	5
31.As sessões de supervisão clínica transmitem motivação.	1	2	3	4	5
32.Sinto-me menos stressado após falar com o Supervisor Clínico.	1	2	3	4	5
33.As sessões de supervisão clínica melhoram a qualidade da prestação dos cuidados.	1	2	3	4	5
34.A supervisão clínica permite-me desenvolver competências e a qualidade dos cuidados.	1	2	3	4	5
35.O Supervisor Clínico disponibiliza orientação na prestação dos cuidados.	1	2	3	4	5
36.Ao receber sessões de supervisão clínica, melhoro a qualidade dos cuidados que presto aos clientes.	1	2	3	4	5

PARTE III - Inventário de Respostas e Recursos Pessoais®

Leia atentamente as afirmações seguintes. Se a afirmação for verdadeira ou verdadeira na sua maior parte, assinale com um X na coluna **V (verdadeiro)**. Se a afirmação for falsa ou falsa na sua maior parte, assinale com um X na coluna **F (Falso)**. Por favor responda a todos os itens.

	V	F
1. Sinto-me cansado e esgotado a maior parte do tempo.		
2. Sou sempre capaz de ser totalmente honesto com os outros acerca dos meus sentimentos.		
3. Ultimamente tem-me sido difícil gostar de estar com os meus amigos e familiares.		
4. Às vezes faço coisas por egoísmo.		
5. Tenho problemas de estômago.		
6. Nunca aceitaria fazer tantas coisas que não ficasse com tempo para relaxar e descontraír.		
7. Por vezes, quando estou frustrado ou irritado, sou duro para com os outros.		
8. É difícil concentrar-me numa tarefa ou trabalho porque o meu pensamento se desvia para todos os meus problemas.		
9. É sempre fácil para mim admitir quando cometi um erro.		
10. Não sou o tipo de pessoa que pode lidar com muita tensão ou problemas.		
11. Ultimamente dou comigo a remoer ou a cismar muito nos meus problemas.		
12. Raramente me sinto moído ou com muitas dores.		
13. Tenho muitas coisas com que me sentir zangado.		
14. Fico nervoso quando as pessoas me abraçam ou dizem que se importam comigo.		
15. Fico tão tenso e ansioso que isso interfere com o meu trabalho.		
16. Sinto-me deprimido.		

17. Atualmente, não me sinto debaixo de muita pressão.		
18. Não sou o tipo de pessoa que tira tempo livre porque me sinto perdida e insegura.		
19. Tenho problemas pessoais que me preocupam há anos.		
20. Irrito-me frequentemente com as falhas dos que me rodeiam.		
21. Frequentemente, sinto que não fui capaz de viver o tipo de vida certa.		
22. Preciso de falar com um médico ou um terapeuta acerca dos meus problemas pessoais.		
23. Posso contar com a minha família ou amigos quando preciso de apoio emocional e compreensão.		
24. Não pareço conseguir encontrar o tipo de força que as outras pessoas encontram na sua religião.		
25. Mesmo nos momentos difíceis a minha vida tem significado.		
26. Se mais de uma ou duas coisas me correrem mal ao mesmo tempo, sinto como se estivesse a cair aos bocados.		
27. Duvido que tenha a força interior ou coragem para persistir quando as coisas estão mesmo difíceis.		
28. As outras pessoas dizem-me que pareço andar nas nuvens.		
29. Os meus amigos e família não parecem compreender as minhas necessidades.		
30. Tenho frequentemente sensações de tremura, nervosismo ou borboletas no estômago.		
31. Pode ser que precise de estar num hospital para receber tratamento para os meus problemas psicológicos ou emocionais.		
32. Parece que entro em muitas discussões.		
33. Por vezes parece-me que as coisas seriam mais fáceis se eu não estivesse vivo.		
34. Uso frequentemente o sarcasmo quando penso que as pessoas o merecem.		
35. Raramente tenho dores de cabeça.		
36. Estou sob muito stress devido a problemas que surgiram nos últimos meses.		
37. As minhas preocupações não me saiam da cabeça.		
38. Ultimamente tenho sido tão desorganizado que me esqueço das coisas que preciso de fazer.		
39. Dou por mim a virar-me para o álcool ou drogas para me ajudarem a lidar com as pressões e desilusões da vida.		
40. Não me sinto sob muita tensão.		
41. É difícil para mim continuar a fazer as coisas na minha vida diária ou trabalho porque pareço já não ter a energia de que preciso.		
42. Não tenho uma fé ou religião que me dê uma grande força.		
43. Mesmo em circunstâncias difíceis, consigo controlar as minhas emoções.		

44. Raramente sinto vontade de chorar.		
45. É raro preocupar-me com problemas de saúde.		
46. Tenho amigos ou familiares que me dão o apoio afetivo de que preciso.		
47. Sinto-me a ferver por dentro quando as pessoas me irritam.		
48. Raramente me preocupo com a minha saúde.		
49. Muitas vezes, tenho sentimentos de culpa ou remorso por coisas que tenho feito.		
50. Tenho confiança na minha capacidade para enfrentar os problemas da minha vida.		
51. Sou uma pessoa calma e descontraída que raramente fica nervosa ou irritada.		
52. Presentemente sinto-me tão sobrecarregado que só procuro manter a minha cabeça à tona.		
53. Às vezes, no meio de dificuldades ou problemas, parece que descubro um significado mais profundo na vida.		
54. Geralmente sinto-me feliz.		
55. Nunca me sinto desconfortável em situações sociais.		
56. Se ouvir um sermão, habitualmente penso acerca de coisas erradas que tenho feito.		
57. Não tenho dificuldades em adormecer por estar tenso ou ansioso.		
58. Às vezes fico com várias coisas para fazer ao mesmo tempo porque não tive o cuidado de planear com antecedência.		
59. Quase sempre sinto ansiedade acerca de uma coisa ou outra.		
60. Tenho alguns pensamentos bastante assustadores.		
61. Pareço arrependêr-me das coisas que faço mais frequentemente que as outras pessoas.		
62. Sou sempre o primeiro a oferecer ajuda se alguém está em apuros.		
63. As coisas tornaram-se tão más que recentemente pensei em acabar com a minha vida.		
64. As coisas que imagino parecem tão reais que me assustam.		
65. Receio que possa perder o controlo e magoar-me a mim ou a outra pessoa.		
66. Presentemente tenho mais para fazer do que sou capaz.		
67. Não sou o tipo de pessoa que guarda rancor por muito tempo.		
68. Sou mais sensível e irritado-me mais facilmente do que a maioria das pessoas.		
69. Tenho um familiar ou amigo a quem posso dizer tudo.		
70. Atualmente, as pessoas estão a impor-me demasiadas exigências.		
71. Sou uma pessoa calma que não explode facilmente.		

72. Não é vulgar sentir-me muito fraco e sem forças.		
73. Sou o tipo de pessoa que consegue lidar com mais problemas que a maioria das pessoas.		
74. Muitas vezes sinto que, apesar do que eu faça agora, nunca compensarei os erros que cometi no passado.		
75. Tenho tão boa saúde como a maioria das pessoas da minha idade.		
76. Quando a vida se torna difícil não tenho mesmo ninguém a quem recorrer.		
77. Sinto-me culpado porque não faço aquilo que devia pelas pessoas de que gosto muito.		
78. Tenho medo de estar a ficar maluco.		
79. Sinto-me tão em baixo que não consigo deixar de estar triste, mesmo quando a minha família ou amigos tentam animar-me.		
80. Raramente sinto como se tivesse feito alguma coisa errada ou um pecado.		
81. Não me sinto eu mesmo, porque parece que já não sei quem eu sou.		
82. Não sou o tipo de pessoa altamente competitivo e que viva só para o trabalho.		
83. Tenho de enfrentar a maior parte das coisas sozinho ou com pouco apoio dos outros.		
84. Sinto que a minha vida faz parte de qualquer coisa maior e mais importante do que eu.		
85. Nunca estive preocupado com a minha saúde.		
86. Encontro pouco conforto na fé ou na religião.		
87. Sinto dificuldade em perdoar-me por algumas coisas que tenho feito.		
88. Tenho um grupo de amigos ou familiares que realmente se importa comigo.		
89. Quando rezo ou participo num serviço religioso, raramente ou nunca sinto calma ou paz interior.		
90. Recentemente, comecei a sentir medo das outras pessoas.		
91. Ultimamente têm-me acontecido coisas estranhas.		
92. Mesmo quando as coisas correm mal permaneço calmo e controlado.		
93. É difícil entusiasmar-me com o que o futuro me reserva.		
94. Por mais difícil que seja a situação sei que me vou sair bem.		
95. Muitas vezes sinto como se estivesse num mundo só meu.		
96. É preciso muito para me fazer perder o controlo e explodir.		
97. Por vezes preocupo-me com o meu consumo de álcool ou drogas.		
98. A minha fé é um recurso importante em tempos difíceis.		
99. Fico nervoso e irritado quando as pessoas me pedem coisas repetidamente.		

PARTE IV - Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional®

Instruções para o preenchimento da Escala: **Todas as afirmações devem ser respondidas.** Assinale as respostas, desenhando **apenas um círculo** em redor do valor da escala que traduza o número de vezes que cada situação ocorre.

Legenda:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre

I-1. Perante uma situação/relação negativa na minha vida, sinto que ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis:

a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.	1 2 3 4 5 6 7
b) Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	1 2 3 4 5 6 7
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	1 2 3 4 5 6 7
d) Sinto que tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... consigo defini-los.	1 2 3 4 5 6 7
e) Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.	1 2 3 4 5 6 7
f) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	1 2 3 4 5 6 7
g) Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.	1 2 3 4 5 6 7
h) Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, etc.	1 2 3 4 5 6 7
i) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

I-2. Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:

a) Altera-se a minha capacidade de atenção.	1 2 3 4 5 6 7
b) Diminui o meu nível de raciocínio.	1 2 3 4 5 6 7
c) Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/fico em mutismo; eufórico(a), etc.	1 2 3 4 5 6 7
d) Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo.	1 2 3 4 5 6 7
e) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

I-3. Reconheço que tenho tendência a atuar, como uma pessoa:

a) Instável, com várias mudanças de humor.	1 2 3 4 5 6 7
b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta.	1 2 3 4 5 6 7
c) Racional, no que respeita aos meus sentimentos.	1 2 3 4 5 6 7
d) Positiva, encaro a vida pela positiva.	1 2 3 4 5 6 7
e) Ruminativa, sempre a "matutar".	1 2 3 4 5 6 7
f) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.	1 2 3 4 5 6 7
g) Azarada, não tenho sorte na vida.	1 2 3 4 5 6 7
h) Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.	1 2 3 4 5 6 7
i) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

II-1. Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma **onda de fúria ou raiva**. Ao tentar ficar mais sereno(a), toma normalmente uma atitude:

a) Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	1 2 3 4 5 6 7
b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração.	1 2 3 4 5 6 7
c) Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente.	1 2 3 4 5 6 7
d) Fiz exercício físico ativo (aeróbio).	1 2 3 4 5 6 7
e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira.	1 2 3 4 5 6 7
f) Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da ira.	1 2 3 4 5 6 7
g) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

II-2. Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por **emoções** e sentimentos **negativos** (fúria, cólera) normalmente:

a) Tenho tendência a usar objetos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo(a).	1 2 3 4 5 6 7
b) Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram.	1 2 3 4 5 6 7
c) Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.	1 2 3 4 5 6 7
d) Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	1 2 3 4 5 6 7
e) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

II-3. Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela **ansiedade**, sinto:

a) Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	1 2 3 4 5 6 7
b) Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.	1 2 3 4 5 6 7
c) Perceção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.	1 2 3 4 5 6 7
d) Angústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	1 2 3 4 5 6 7
e) Que o meu corpo está a reagir, e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	1 2 3 4 5 6 7
f) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

II-4. Quando me sinto em **depressão**, verifico que:

a) Inconscientemente, acabo por usar para me distrair pensamentos/situações ainda mais deprimentes.	1 2 3 4 5 6 7
b) Sinto alívio se praticar desporto intenso.	1 2 3 4 5 6 7
c) Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	1 2 3 4 5 6 7
d) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

III-1. Reconheço-me como uma **pessoa**:

a) Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar.	1 2 3 4 5 6 7
b) Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.	1 2 3 4 5 6 7
c) Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.	1 2 3 4 5 6 7
d) Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).	1 2 3 4 5 6 7
e) Derrotista (não tenho sorte na vida).	1 2 3 4 5 6 7
f) Capaz de deixar-se dominar pela ansiedade e pela frustração.	1 2 3 4 5 6 7
g) Capaz de sair de qualquer sarilho.	1 2 3 4 5 6 7
h) Capaz de ter energia e habilidade para enfrentar os problemas.	1 2 3 4 5 6 7

i) Suficientemente flexível para mudar os meus objetivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.	1 2 3 4 5 6 7
j) Outra:	1 2 3 4 5 6 7
III-2. Imagine uma atividade profissional (tratamento de ferida, cateterismo vesical, ensinar cliente/família, etc.). Durante a actividade, normalmente sinto que:	
a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	1 2 3 4 5 6 7
b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	1 2 3 4 5 6 7
c) Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.	1 2 3 4 5 6 7
d) Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o chefe aprova?).	1 2 3 4 5 6 7
e) Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	1 2 3 4 5 6 7
f) Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.	1 2 3 4 5 6 7
g) Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.	1 2 3 4 5 6 7
h) Outra:	1 2 3 4 5 6 7
III-3. Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, profissional), sinto que:	
a) Penso no facto e rumino a humilhação.	1 2 3 4 5 6 7
b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora.	1 2 3 4 5 6 7
c) Invade-me a autopiedade.	1 2 3 4 5 6 7
d) Invade-me o desprezo, o rancor.	1 2 3 4 5 6 7
e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	1 2 3 4 5 6 7
f) Outra:	1 2 3 4 5 6 7
IV-1. Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, ao longo da minha vida , fica-me a sensação de que sou capaz de:	
a) “Registrar”/perceber os sentimentos dos outros.	1 2 3 4 5 6 7
b) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.	1 2 3 4 5 6 7
c) “Ler” os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).	1 2 3 4 5 6 7
d) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	1 2 3 4 5 6 7
e) Outra:	1 2 3 4 5 6 7
IV-2. Reconheço que nas minhas relações, tenho tendência a valorizar mais:	
a) A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).	1 2 3 4 5 6 7
b) A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	1 2 3 4 5 6 7
c) O tom de voz.	1 2 3 4 5 6 7
d) A direção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima; a buscar outras direções).	1 2 3 4 5 6 7
e) Os gestos (mãos, corpo).	1 2 3 4 5 6 7
f) Outra:	1 2 3 4 5 6 7
IV-3. No quotidiano, e numa situação de conflito dou-me conta que:	
a) Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir.	1 2 3 4 5 6 7
b) Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável.	1 2 3 4 5 6 7
c) Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta.	1 2 3 4 5 6 7
d) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

V-1. No que respeita ao meu **relacionamento com as outras pessoas** (relações pessoais, sociais, profissionais), considero como procedimentos que normalmente me identificam:

a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	1 2 3 4 5 6 7
b) Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que deteto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.	1 2 3 4 5 6 7
c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos coletivos.	1 2 3 4 5 6 7
d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.	1 2 3 4 5 6 7
e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.	1 2 3 4 5 6 7
f) Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções.	1 2 3 4 5 6 7
g) Nas minhas relações com outros digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.	1 2 3 4 5 6 7
h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.	1 2 3 4 5 6 7
g) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

V-2. Relativamente à **comunicação com grupos** (pessoas e/ou colegas de equipa), reconheço que me acontece:

a) Captar os sentimentos deles e parece que começo a absorvê-los.	1 2 3 4 5 6 7
b) Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.	1 2 3 4 5 6 7
c) Entrar em “sincronismo de estado de espírito”.	1 2 3 4 5 6 7
d) Dar comigo a fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes com a outra pessoa.	1 2 3 4 5 6 7
f) Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.	1 2 3 4 5 6 7
g) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

1 - Nunca 2 - Raramente 3 - Pouco frequente 4 - Por norma 5 - Frequente 6 - Muito frequente 7 - Sempre

Muito obrigado pela sua colaboração!

sandracruz

Tabela 12 – Média, desvio padrão, correlação e *alpha de Cronbach* da versão portuguesa da MCSS®

Tabela 12 – Média, desvio padrão, correlação e *alpha de Cronbach* da versão portuguesa da MCSS[®]

versão portuguesa da MCSS [®] n=61	Média	(dp) ⁽¹⁾	Correlação ⁽²⁾	α ⁽³⁾
Afirmção 1	2,70	(1,20)	-0,106	0,944
Afirmção 2	2,98	(1,12)	0,094	0,941
Afirmção 3	3,97	(0,97)	0,531	0,936
Afirmção 4	4,18	(0,85)	0,344	0,937
Afirmção 5	2,93	(1,00)	0,309	0,938
Afirmção 6	3,82	(0,76)	0,297	0,938
Afirmção 7	3,77	(0,90)	0,472	0,936
Afirmção 8	3,67	(1,01)	0,545	0,936
Afirmção 9	2,74	(1,20)	0,491	0,937
Afirmção 10	3,20	(1,19)	0,509	0,936
Afirmção 11	4,11	(0,71)	0,696	0,935
Afirmção 12	4,16	(0,80)	0,612	0,935
Afirmção 13	4,13	(0,76)	0,673	0,935
Afirmção 14	3,59	(0,97)	0,611	0,935
Afirmção 15	3,52	(0,79)	0,586	0,935
Afirmção 16	3,90	(0,72)	0,555	0,936
Afirmção 17	3,31	(1,04)	0,526	0,936
Afirmção 18	3,23	(0,97)	0,657	0,935
Afirmção 19	4,13	(0,85)	0,211	0,939
Afirmção 20	3,57	(0,94)	0,770	0,933
Afirmção 21	3,75	(0,89)	0,688	0,934
Afirmção 22	3,75	(0,60)	0,712	0,935
Afirmção 23	3,92	(0,64)	0,498	0,936
Afirmção 24	3,80	(0,79)	0,840	0,933
Afirmção 25	4,28	(1,03)	0,677	0,934
Afirmção 26	4,43	(0,69)	0,397	0,937
Afirmção 27	4,44	(0,67)	0,493	0,936
Afirmção 28	4,33	(0,98)	0,481	0,936
Afirmção 29	3,85	(1,01)	0,782	0,933
Afirmção 30	2,82	(1,12)	0,429	0,937
Afirmção 31	3,67	(0,77)	0,747	0,934
Afirmção 32	3,13	(0,85)	0,728	0,934
Afirmção 33	3,70	(0,88)	0,799	0,933
Afirmção 34	3,80	(0,81)	0,803	0,934
Afirmção 35	3,67	(0,81)	0,473	0,936
Afirmção 36	3,54	(1,01)	0,751	0,934
Soma dos 36 Itens	-	-	-	0,938⁽⁴⁾

⁽¹⁾dp- Desvio padrão; ⁽²⁾Correlação entre cada questão e o total sem esse item; ⁽³⁾ α - *alpha de Cronbach* se o item for apagado; ⁽⁴⁾*alpha de Cronbach* global dos 36 itens

Tabela 13 – Número de itens, média, desvio padrão, correlação e *alpha de Cronbach* de cada subescala da versão portuguesa da MCSS®

Tabela 13 – Número de itens, média, desvio padrão, correlação e *alpha de Cronbach* de cada subescala da versão portuguesa da MCSS®

Itens	Número de Itens	Média	(dp) ⁽¹⁾	Correlação ⁽²⁾	α ⁽³⁾	α ^(*)
F1 - n=61						
‘Confiança’	7					
Afirmção	-	3,67	(1,01)	0,584	0,778	0,806
Afirmção	-	3,52	(0,79)	0,564	0,777	
Afirmção	-	3,90	(0,72)	0,511	0,786	
Afirmção	-	4,13	(0,85)	0,389	0,810	
Afirmção	-	3,92	(0,64)	0,635	0,769	
Afirmção	-	4,43	(0,69)	0,572	0,777	
Afirmção	-	4,44	(0,67)	0,615	0,771	
F2 – n=61						
‘Aconselhamento/apoio do supervisor clínico’	6					
Afirmção	-	3,59	(0,97)	0,725	0,860	0,884
Afirmção	-	3,57	(0,94)	0,709	0,862	
Afirmção	-	3,75	(0,60)	0,714	0,867	
Afirmção	-	3,80	(0,79)	0,766	0,852	
Afirmção	-	3,80	(0,81)	0,740	0,856	
Afirmção	-	3,67	(0,81)	0,585	0,881	
F3 – n=61						
‘Desenvolvimento de cuidados/competências’	7					
Afirmção	-	3,23	(0,97)	0,573	0,899	0,899
Afirmção	-	3,85	(1,01)	0,789	0,874	
Afirmção	-	2,82	(1,11)	0,529	0,909	
Afirmção	-	3,67	(0,77)	0,749	0,882	
Afirmção	-	3,13	(0,85)	0,725	0,883	
Afirmção	-	3,70	(0,88)	0,825	0,871	
Afirmção	-	3,54	(1,01)	0,826	0,869	
F4 – n=61						
‘Importância/valor da	6					

supervisão clínica'						
Afirmção	-	3,97	(0,97)	0,487	0,740	0,768
Afirmção	-	4,18	(0,85)	0,408	0,758	
Afirmção	-	3,20	(1,19)	0,471	0,751	
Afirmção	-	3,75	(0,89)	0,495	0,739	
Afirmção	-	4,28	(1,03)	0,702	0,680	
Afirmção	-	4,33	(0,98)	0,532	0,729	
F5 - n=61	4					
'Tempo'						
Afirmção	-	2,70	(1,20)	0,310	0,687	0,649
Afirmção	-	2,98	(1,12)	0,492	0,534	
Afirmção	-	3,82	(0,76)	0,576	0,517	
Afirmção	-	3,77	(0,90)	0,423	0,587	
F6 - n=61	3					
'Assuntos Pessoais'						
Afirmção	-	2,93	(1,00)	0,264	0,527	0,522
Afirmção	-	2,74	(1,20)	0,272	0,543	
Afirmção	-	3,31	(1,04)	0,496	0,151	
F7 - n=61	3					
'Reflexão'						
Afirmção	-	4,11	(0,71)	0,652	0,878	0,860
Afirmção	-	4,16	(0,80)	0,757	0,786	
Afirmção	-	4,13	(0,76)	0,809	0,733	

⁽¹⁾dp- Desvio padrão; ⁽²⁾ Correlação entre cada questão dentro de cada domínio; ⁽³⁾ α - *alpha de Cronbach* para cada domínio tendo em conta as questões que o compõem; ⁽⁴⁾ α - *alpha de Cronbach* global de cada subescala

Tabela 14 – Correlação das subescalas da versão portuguesa da MCSS®

Tabela 14 – Correlação das subescalas da versão portuguesa da MCSS[®]

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	FTotal
		Confiança	Aconselhamento/apoio do Supervisor Clínico	Desenvolvimento de cuidados/competências	Importância/valor da SC	Tempo	Assuntos Pessoais	Reflexão	
F1	CCS	1,000	0,697**	0,477**	0,459**	-0,037	0,506**	0,450**	0,767**
	<i>p</i>	.	<0,001	<0,001	<0,001	0,778	<0,001	<0,001	<0,001
F2	CCS		1,000	0,706**	0,446**	0,121	0,442**	0,472**	0,832**
	<i>p</i>		.	<0,001	<0,001	0,354	<0,001	<0,001	<0,001
F3	CCS			1,000	0,536**	0,115	0,488**	0,444**	0,811**
	<i>p</i>			.	<0,001	0,377	<0,001	<0,001	<0,001
F4	CCS				1,000	0,121	0,432**	0,446**	0,711**
	<i>p</i>				.	0,354	0,001	<0,001	<0,001
F5	CCS					1,000	-0,063	0,023	0,240
	<i>p</i>					.	0,630	0,863	0,062
F6	CCS						1,000	0,389**	0,634**
	<i>p</i>						.	0,002	<0,001
F7	CCS							1,000	0,594**
	<i>p</i>							.	<0,001
F	CCS								1,000
Total	<i>p</i>								.

** Correlação significativa diferente de 0 para um nível de significância de 0,001

Tabela 15 - Mediana, percentil 25 e 75 da versão portuguesa da MCSS[®] de acordo com as unidades hospitalares

Tabela 15 - Mediana, percentil 25 e 75 da versão portuguesa da MCSS[®] de acordo com as unidades hospitalares

	Total (n=61)	Unidade de Santo Tirso (n =36)	Unidade de Famalicão (n=25)	
	Med (P25 – P75)	Med (P25 – P75)	Med (P25 – P75)	<i>p</i> §
F1 ‘Confiança’	28 (26 – 31)	30 (27 – 31)	26 (24 – 29)	0,002
F2 ‘Aconselhamento/apoio do supervisor clínico’	23 (20 – 24)	24 (22 – 25)	20 (18 – 23)	<0,001
F3 ‘Desenvolvimento de cuidados/competências’	25 (22 – 27)	26 (25 – 27)	22 (18 – 26)	<0,001
F4 ‘Importância/valor da supervisão clínica’	24 (22 – 26)	25 (23 – 27)	23 (19 – 24)	0,002
F5 ‘Tempo’	13 (12 – 15)	13 (12 – 14)	14 (12 -16)	0,171
F6 ‘Assuntos Pessoais’	9 (8 – 10)	10 (9 – 11)	8 (6 – 9)	<0,001
F7 ‘Reflexão’	12 (12 – 13)	13 (12 – 15)	12 (11 – 12)	0,002
F Total	136 (125 – 143)	139 (133 – 147)	126 (113 – 136)	<0,001
	n (%)	n (%)	n (%)	
F Total				
Med≤136	32 (52)	12 (33)	20 (80)	<0,001*
Med>136	29 (48)	24 (67)	5 (20)	

Med – Mediana; P – Percentil; §- Teste de Mann – Whitney; * Teste de Independência do Qui - Quadrado

Tabela 16 – Componente matriz rodada das respostas dos enfermeiros
supervisados à versão portuguesa da MCSS®

Tabela 16 – Componente matriz rodada das respostas dos enfermeiros supervisionados à versão portuguesa da MCSS*

	Componente matriz rodada							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1.A pressão acumulada no trabalho interfere com as sessões de S.C..	0,148	-0,128	0,012	0,504	0,382	-0,145	0,079	0,257
2.É difícil obter tempo para as sessões de S.C..	0,018	0,105	-0,159	0,766	0,012	-0,046	0,078	-0,305
3.As sessões de S.C. são desnecessárias.	-0,629	0,016	-0,266	-0,083	-0,082	0,035	0,081	0,218
4.O tempo utilizado nas sessões de S.C. afasta-me das minhas funções na prática clínica.	-0,142	0,002	-0,121	0,109	-0,070	0,863	-0,068	-0,080
5.A supervisão clínica liberta-me da pressão do trabalho.	0,131	0,052	0,098	0,095	0,835	-0,167	-0,099	-0,048
6.A preparação das sessões de S.C., aumenta a pressão no trabalho.	-0,141	-0,075	0,000	0,827	-0,049	0,052	0,041	0,166
7.Considero que as sessões de S.C. consomem muito tempo.	-0,464	0,029	-0,006	0,616	0,097	0,231	-0,158	-0,152
8.O Supervisor Clínico dá-me apoio e encoraja-me.	0,325	0,381	0,283	0,006	0,541	0,082	-0,016	0,304
9.A S.C. não resolve assuntos de carácter pessoal.	-0,372	-0,065	-0,452	0,000	0,022	0,181	-0,152	0,452
10.As sessões de S.C. são intrusivas.	-0,630	0,044	0,109	0,262	-0,252	0,006	-0,048	0,003
11.A S.C. proporciona-me tempo para refletir.	0,712	0,159	0,114	-0,094	0,162	-0,262	-0,129	0,371
12.Problemas do trabalho poderão ser discutidos de forma construtiva durante as sessões de S.C..	0,577*	0,127	0,485	0,082	0,012	-0,182	-0,352	0,018
13.As sessões de S.C. facilitam a prática reflexiva.	0,605*	0,201	0,530	0,092	0,015	-0,152	-0,280	0,116
14.Se há algo que não compreendo, o Supervisor Clínico é sempre aquele a quem posso recorrer.	0,300	0,699	0,287	-0,188	-0,023	0,023	0,269	0,111
15.O Supervisor Clínico dá uma opinião imparcial.	0,298	0,505*	0,145	-0,248	0,483	0,086	0,003	-0,197
16.O Supervisor Clínico é alguém com quem posso abordar aspetos mais sensíveis que se apresentam na prática clínica.	0,160	0,496	0,723*	-0,153	-0,067	0,045	0,070	-0,002
17.Foi muito útil falar sobre assuntos de carácter pessoal com alguém diferente.	0,245	0,025	0,759	-0,066	0,244	-0,118	-0,046	-0,023
18.As sessões de S.C. são uma parte importante na minha rotina de trabalho.	0,477	-0,070	0,468	-0,333	0,271	-0,162	0,182	-0,075
19.O Supervisor Clínico nunca se encontra disponível, quando necessário.	0,188	-0,311	-0,069	-0,042	-0,487	0,524	-0,331	-0,145
20.Aprendo com a experiência do Supervisor Clínico.	0,686	0,242	0,377	0,062	0,186	-0,047	0,078	0,046
21.É importante arranjar tempo para as sessões de S.C..	0,679	0,177	0,081	-0,223	0,197	-0,056	0,136	0,337
22.O Supervisor Clínico dá-me bons conselhos.	0,384	0,443	0,506*	-0,045	0,267	0,043	0,327	0,083
23.O Supervisor Clínico é sincero comigo.	0,125	0,462	0,373	0,086	0,378	-0,041	0,293	-0,042
24.As sessões com o Supervisor Clínico aprofundam o meu conhecimento sobre a prática clínica.	0,662	0,289	0,364	-0,308	0,080	-0,124	0,076	0,016
25.A S.C. não é necessária para indivíduos com experiência e "anos de casa".	-0,629	-0,301	0,130	0,280	-0,243	0,300	0,147	0,225
26.O Supervisor Clínico impede-me que questione temas delicados.	-0,120	-0,744	-0,027	-0,095	-0,139	0,278	0,225	-0,057
27.O Supervisor Clínico age de modo prepotente durante as sessões.	-0,206	-0,790	-0,127	-0,049	-0,033	0,149	0,083	0,012
28.A S.C. é direcionada para Enfermeiros com pouca experiência ou recentemente admitidos no serviço.	-0,354	-0,157	-0,066	-0,074	-0,096	0,710*	0,014	0,406

29.A S.C. auxilia a tornar-me num melhor profissional.	0,868	0,157	0,160	-0,020	-0,017	-0,146	-0,024	-0,152
30.Sem as sessões de S.C. piora a qualidade da prestação dos cuidados.	0,474	0,061	0,032	0,148	-0,075	-0,228	0,697	-0,058
31.As sessões de S.C. transmitem motivação.	0,775	0,149	0,278	-0,075	0,050	0,045	0,121	0,063
32.Sinto-me menos stressado após falar com o Supervisor Clínico.	0,628	0,137	0,298	-0,061	0,322	-0,051	0,214	0,010
33.As sessões de S.C. melhoram a qualidade da prestação dos cuidados.	0,832	0,266	0,182	-0,061	0,025	0,003	0,097	-0,071
34.A S.C. permite-me desenvolver competências e a qualidade dos cuidados.	0,841	0,274	0,148	-0,027	0,005	-0,038	0,176	-0,050
35.O Supervisor Clínico disponibiliza orientação na prestação dos cuidados aos clientes.	0,356	0,654	-0,043	-0,027	0,061	0,194	0,261	-0,178
36.Ao receber sessões de S.C., melho a qualidade dos cuidados que presto aos clientes.	0,805	0,255	0,054	0,019	0,015	-0,119	0,190	-0,112

*Diferença entre os valores em dois ou mais fatores superior a 0,15 – selecionado o fator com valor mais elevado

Tabela 17 – Itens invertidos e eliminados por escala do IRRP®

Tabela 17 – Itens invertidos e eliminados por escala do IRRP[®]

Escala	Item Invertido	Item eliminado
Espírito Filosófico	24, 42, 86, 89	
<i>Coping</i>	10, 26, 27	43, 73
Negação	4, 7, 58	
Raiva e Frustração	51, 67, 71, 96	
Distress e Saúde	12, 35, 45, 48, 75	
Culpabilidade	61, 80	
Resposta Fisiológica	25, 54, 55, 57, 80	
Emocionalidade Disfórica	40, 44, 57	
Ansiedade	57	
Pressão Excessiva	17, 82	
Hostilidade	57	
Depressão	44, 54	
Ineficácia	35	
Perda de Controlo	25, 54, 94	
Infrequência	25, 54, 91	

Tabela 18 – Correlação entre a versão portuguesa da MCSS[®] e o IRRP[®]

Tabela 18 – Correlação entre a versão portuguesa da MCSS[®] e o IRRP[®]

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F
		Con fiança	Aconselha mento/ apoio do supervisor clínico	Desenvolvi mento dos cuidados/ competências	Importância / valor da SC	Tempo	Assun tos pessoais	Reflexão	Total
Diferença entre os dois momentos de recolha de dados nas escalas do IRRP									
Espírito Filosófico	CCS	-0,012	0,087	0,052	0,021	-0,098	-0,019	-0,024	0,015
	<i>p</i>	0,946	0,624	0,768	0,904	0,582	0,916	0,894	0,934
Coping	CCS	-0,163	-0,176	-0,028	-0,253	0,031	-0,007	-0,385*	-0,196
	<i>p</i>	0,350	0,311	0,871	0,143	0,862	0,970	0,023	0,260
Negação	CCS	-0,229	-0,173	-0,116	-0,321	-0,006	-0,060	-0,371*	-0,224
	<i>p</i>	0,185	0,321	0,507	0,060	0,972	0,731	0,028	0,196
Distresse e Saúde	CCS	0,075	0,102	0,117	0,094	0,127	0,241	-0,029	0,174
	<i>p</i>	0,668	0,562	0,504	0,590	0,468	0,164	0,870	0,318
Pressão Excessiva	CCS	0,176	0,155	0,071	0,081	0,089	0,032	0,229	0,167
	<i>p</i>	0,313	0,374	0,687	0,642	0,609	0,854	0,186	0,337
Raiva/Frustração	CCS	0,189	0,207	0,144	0,355*	0,052	0,178	0,276	0,209
	<i>p</i>	0,277	0,233	0,408	0,036	0,768	0,306	0,109	0,229
Ansiedade	CCS	0,089	0,141	0,005	0,069	-0,028	0,126	-0,065	0,088
	<i>p</i>	0,611	0,419	0,979	0,696	0,875	0,472	0,710	0,616
Depressão	CCS	0,113	0,109	0,212	0,228	0,216	0,041	0,214	0,179
	<i>p</i>	0,518	0,533	0,222	0,187	0,214	0,814	0,216	0,302
Apoio Social	CCS	-0,263	-0,250	-0,246	-0,344*	0,114	-0,242	-0,189	-0,256
	<i>p</i>	0,126	0,148	0,155	0,043	0,514	0,162	0,277	0,137
Hostilidade	CCS	0,211	0,189	0,070	0,114	0,047	-0,098	0,128	0,185
	<i>p</i>	0,224	0,278	0,690	0,516	0,789	0,574	0,465	0,288
Resposta Fisiológica	CCS	0,116	0,084	-0,043	-0,005	0,063	0,066	-0,039	0,065
	<i>p</i>	0,509	0,631	0,806	0,977	0,717	0,706	0,825	0,712
Emocionalidade Disfórica	CCS	0,322	0,285	0,339*	0,412*	0,061	0,152	0,283	0,345*
	<i>p</i>	0,059	0,098	0,046	0,014	0,730	0,383	0,100	0,042
Ineficácia	CCS	0,040	0,164	-0,011	0,173	0,179	-0,091	0,119	0,101
	<i>p</i>	0,821	0,345	0,950	0,320	0,303	0,604	0,496	0,563
Perda de Controlo	CCS	0,100	0,182	0,261	0,125	0,125	0,152	0,281	0,271
	<i>p</i>	0,567	0,295	0,130	0,474	0,476	0,385	0,102	0,116
Culpabilidade	CCS	0,162	0,056	0,187	-0,018	0,241	0,011	0,121	0,167
	<i>p</i>	0,353	0,750	0,281	0,917	0,164	0,952	0,488	0,338
Itens Críticos									
Álcool/Droga	CCS	0,105	0,106	0,076	0,168	0,059	0,225	-0,045	0,134
	<i>p</i>	0,547	0,546	0,665	0,334	0,736	0,194	0,798	0,443
Suicídio	CCS	0,032	0,203	0,330	-0,083	0,251	-0,051	0,041	0,181
	<i>p</i>	0,857	0,243	0,053	0,636	0,146	0,770	0,815	0,299
Infrequência	CCS	-0,184	0,050	0,006	-0,209	0,064	-0,188	0,064	-0,070
	<i>p</i>	0,291	0,777	0,971	0,228	0,715	0,281	0,716	0,688

Agudo e Crônico	CCS	0,483**	0,294	0,464**	0,439**	0,116	0,351*	0,407*	0,475**
	<i>p</i>	0,003	0,087	0,005	0,008	0,507	0,038	0,015	0,004

CCS – Coeficiente de Correlação de Spearman; *Correlação significativa diferente de 0 para um nível de significância de 0,05; **Correlação significativa diferente de 0 para um nível de significância de 0,01

Tabela 19 – Correlação entre a versão portuguesa da MCSS[®] e a EVBCIE[®]

Tabela 19 – Correlação entre a versão portuguesa da MCSS[®] e a EVBCIE[®]

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F
		Confiança	Aconselhamento/apoio do supervisor clínico	Desenvolvimento de cuidados/competências	Importância/Valor da SC	Tempo	Assuntos Pessoais	Reflexão	Total
Diferença entre os dois momentos de recolha de dados das subescalas da EVBCIE [®]									
Capacidade da Autoconsciência	CCS	-0,200	-0,155	0,016	-0,118	-0,213	-0,093	-0,097	-0,186
	<i>p</i>	0,265	0,389	0,931	0,514	0,235	0,607	0,590	0,301
Capacidade da Gestão de Emoções	CCS	0,087	0,004	0,222	-0,009	0,146	-0,006	0,036	0,060
	<i>p</i>	0,641	0,983	0,230	0,961	0,433	0,976	0,846	0,747
Capacidade da Auto motivação	CCS	-0,077	0,068	0,174	0,089	0,026	-0,386*	0,274	0,027
	<i>p</i>	0,685	0,721	0,358	0,642	0,892	0,035	0,143	0,887
Capacidade da Empatia	CCS	0,151	0,283	0,076	0,116	0,162	-0,117	0,266	0,199
	<i>p</i>	0,410	0,116	0,681	0,527	0,377	0,522	0,140	0,274
Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos	CCS	-0,038	0,081	0,159	0,028	0,354	-0,172	0,222	0,138
	<i>p</i>	0,841	0,666	0,393	0,879	0,051	0,356	0,230	0,460
Inteligência Emocional	CCS	0,050	0,177	0,241	0,051	0,118	-0,185	0,203	0,150
	<i>p</i>	0,796	0,358	0,209	0,791	0,542	0,335	0,292	0,437

CCS – Coeficiente de Correlação de Spearman; *Correlação significativa diferente de 0 para um nível de significância de 0,05

Tabela 20 – Mediana, percentil 25 e 75 da versão portuguesa da MCSS[®], do IRRP[®] e da EVBCIE[®] de acordo com a natureza da unidade de prestação de cuidados

Tabela 20 – Mediana, percentil 25 e 75 da versão portuguesa da MCSS[®], do IRRP[®] e da EVBICIE[®] de acordo com a natureza da unidade de prestação de cuidados

	Subescalas	Total (n=38)	Natureza da unidade de prestação de cuidados		p§
			Cuidados Gerais	Cuidados Especializados	
		Med (P25 – P75)	Med (P25 – P75)	Med (P25 – P75)	
Versão Portuguesa da MCSS [®]	F1 – ‘Confiança’	28 (26 – 31)	31 (28 – 34)	28 (26 – 29)	0,017
	F2 – ‘Aconselhamento/Apoio do Supervisor Clínico’	22 (20 – 24)	24 (21 – 26)	21 (19 – 24)	0,058
	F3 – ‘Desenvolvimento de Cuidados/Competências’	25 (22 – 27)	26 (23 – 28)	23 (21 – 27)	0,032
	F4 – ‘Importância/Valor da Supervisão Clínica’	25 (22 – 27)	26 (25 – 29)	23 (22 – 24)	0,001
	F5 – ‘Tempo’	14 (12 – 15)	14 (12 – 15)	14 (12 -16)	0,732
	F6 – ‘Assuntos Pessoais’	9 (8 – 10)	10 (8 – 11)	8 (7 – 9)	0,009
	F7 – ‘Reflexão’	12 (12 – 14)	13 (12 – 15)	12 (12 – 13)	0,012
	F Total	135 (126 – 145)	143 (134 – 154)	129 (119 – 137)	0,006
Diferença entre os dois momentos de recolha de dados nas escalas do IRRP [®]	Espírito Filosófico	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (-1-1)	0,942
	Coping	0 (-1-1)	0 (-1-0)	0 (-1-2)	0,390
	Negação	0 (-1-2)	-1 (-2-1)	1 (0-3)	0,022
	Distress e Saúde	0 (-1-2)	0 (-1-2)	0 (-1-2)	0,639
	Pressão excessiva	0 (-1-2)	0 (-1-2)	0 (-1-2)	0,335
	Raiva/Frustração	0 (-2-2)	1 (0-3)	-1 (-3-1)	0,012
	Ansiedade	0 (-1-1)	1 (0-1)	-1 (-1-1)	0,382
	Depressão	0 (0-1)	1 (0-1)	0 (-1-1)	0,235
	Apoio Social	0 (0-0)	0 (-1-0)	0 (0-1)	0,021
	Hostilidade	0 (-1-1)	0 (-1-1)	0 (-2-1)	0,866
	Resposta Fisiológica	0 (-1-2)	1 (1-3)	0 (-1-1)	0,088
	Emocionalidade Disfórica	0 (-1-2)	1 (0-3)	0 (-1-1)	0,207
	Ineficácia	0 (-1-1)	1 (-1-1)	0 (-1-1)	0,711
	Perda de Controlo	0 (0-0)	0 (0-1)	0 (-1-0)	0,598
	Culpabilidade	0 (-1-2)	0 (0-2)	0 (-1-2)	0,973
	Álcool/Droga	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,048
Suicídio	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,980	
Infrequência	0 (-1-0)	0 (0-0)	0 (-1-0)	0,652	
Agudo e Crónico	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-0)	0,267	
Diferença entre os dois	Capacidade de Autoconsciência	-1 (-11-6)	-5 (-14-3)	0 (-10-6)	0,407
	Capacidade de Gestão de Emoções	-1 (-11-5)	-6 (-11-1)	4 (-6-5)	0,165

momentos de recolha de dados das subescalas da EVBCIE*	Capacidade de Auto motivação	-5 (-8-2)	-6 (-9 - -1)	-2 (-8-4)	0,219
	Capacidade de Empatia	-2 (-9-6)	-4 (-9-8)	1 (-13-3)	0,597
	Capacidade de Gestão de Relacionamento em Grupos	1 (-10-5)	2 (-7-4)	-1 (-13-15)	0,874
	Inteligência Emocional	-8 (-36-19)	-14 (-40-3)	-6 (-29-22)	0,443

Med – Mediana; P – Percentil; ξ - Teste de Mann - Whitney

Anexo 48

Guião da entrevista da Fase IV

Guião da entrevista da Fase IV

Áreas	Objetivo	Questão
Supervisor	- Descrever o perfil do enfermeiro supervisor clínico.	- Que características deve ter o supervisor? - Qual é o seu papel? - Que formação deve ter? - Quais os critérios para a seleção do supervisor? - Quais são as facilidades/dificuldades inerentes ao papel de supervisor?
Processo Supervisivo	- Descrever os procedimentos da SCE.	- Quais são as condições que promovem, ou não, a SCE? - Qual a frequência das sessões de SCE? - Qual a tipologia das sessões de SCE? - Qual o local apropriado para as sessões de SCE?
Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC)	- Avaliar as estratégias de implementação do MSCEC; - Analisar os efeitos do MSCEC.	- Quais as implicações do MSCEC relativamente à gestão dos horários, custos e gestão de conflitos? - Que avaliação faz do modelo? - Que avaliação faz do processo de implementação do modelo? - Quais as estratégias supervisivas adotadas?
MDP	- Identificar o contributo do estudo para a implementação do MDP.	- Qual o contributo desta investigação para o início/desenvolvimento do MDP?

Quadro 31 - **Condições para a SCE:** ‘caraterísticas da equipa’

Quadro31 - Condições para a SCE: 'caraterísticas da equipa'

Subcategoria	Unidades de contexto/ Unidades de registo
<p>Conduta profissional</p>	<p><i>“Isto <u>não foi levado com a seriedade por algumas pessoas</u> como deveria ter sido (...) as maiores dificuldades é no reconhecimento das pessoas e outra coisa que eu achei - <u>não encararam isto como tinha que ser, mesmo! As pessoas abusam.</u>” E25; “E depois naquele serviço há pouca uniformização (...) <u>as pessoas também não partilham (...) sabem, calam-se e fazem as suas coisas e não partilham (...)</u> há muito pouca partilha de conhecimentos, fazem-se formações de serviço, <u>há muito pouca afluência, não vão.</u> (...) Tentar <u>abrir um bocadinho o nosso horizonte</u> porque depois <u>ficamos aqui um bocadinho remetidos ali aquilo, aquele serviço, que é aberto, mas não é aberto, é aberto para toda a gente mas nós estamos ali naquele novelinho de coisinhas</u> e que não conseguimos libertar.” E26; “Depois <u>cada um faz um bocado como acha que deve fazer, não perguntam (...)</u> é um bocado complicado depois gerir no serviço, um elemento novo que já é assim, adequá-lo entre aspas (...) aquelas <u>guerrilhasitas (...)</u> cria instabilidade.” E29; “Acho que um dos problemas grandes (...) é (...) espírito de equipa mas numa base matura, de trabalho, de profissional, de profissionalismo, não, <u>grupinhos (...)</u> <u>há comportamentos que não são adequados</u> e infelizmente as pessoas cada vez mais não acho que estejam adeptas a isso, a que lhes digam.” E32</i></p>
<p>Constituição da equipa</p>	<p><i>“É <u>facilitador</u> também as pessoas <u>não terem medo de mobilidade (...)</u> as pessoas crescem muito se volta e meia disserem assim eu <u>preciso de mudar de serviço, faz-me bem começar a integrar-me outra vez de novo (...)</u> a pessoa percebe que o mundo dela não é aquele bocadinho, há outros mundos e que são diferentes e que têm outras realidades (...) as pessoas não podem estar sempre no mesmo lugar (...) perceberem que é preciso, que <u>mudar faz bem.</u> (...) <u>As equipas não têm que ser muito homogéneas.</u>” E19; “<u>Mistura de gente com mais experiência</u> porque isso facilita um bocado (...) há mesmo uma <u>mobilidade</u>, neste</i></p>

momento, de pessoas muito grande.” E28; “Grande rotatividade. É um transtorno para nós (...) é a pior coisa que o nosso serviço tem (...) vão não sei quantos elementos dos mais velhos embora e voltam a vir elementos novos. É o organizar e adequar-se.” E29

Quadro 32 - **Condições para a SCE: 'estudo de investigação'**

Quadro 32 - Condições para a SCE: 'estudo de investigação'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Estudo de investigação</p>	<p><i>“Porque <u>trabalhar, como eles</u> [focus group] fizeram, eu achei um <u>trabalho excelente, intenso, de pesquisa, fizeram um trabalho excelente e eu gostaria de ter trabalho [mais], além de ter trabalhado, uma pessoa aprende, desenvolve e é assim que eu aprendo.” E20; “O facto de <u>ser um estudo e uma novidade facilitou muito e não tive problemas nenhuns para as pessoas comparecerem</u> (...) é importante isso tudo para as pessoas saberem naquilo que se estão a meter (...) para as pessoas perceberem o que vão fazer, depois (...) <u>serem participativas nas coisas, motiva muito mais as pessoas</u> do que ter que lhes dizer “olha, agora preenche-me este inquérito, olha agora vais ter que fazer não sei o quê” é diferente, não motiva nada (...) <u>porque vão fazer, qual é o objetivo, e até se for preciso dar opiniões, isso motiva, acho que é uma boa estratégia.” E21; “Isto foi um modelo que foi adaptado para este Hospital. <u>Foi feito pelos colegas do focus group para este Hospital</u> por isso acho que tem todo o interesse em não pegarmos num modelo que foi feito por uma entidade tal, por um hospital tal, de uma Noruega, de uns Estados Unidos, porque acho que a realidade é completamente diferente. Acho que <u>foi muito proveitoso aqarrarmos em algumas pessoas do Centro Hospitalar</u> e depois com essas pessoas <u>elaborar o modelo</u> e depois essas pessoas <u>elaborarem critérios de seleção dos supervisores e elaborarem o plano de reuniões</u>, porque depois como <u>essas pessoas conhecem a realidade do nosso Hospital e conhecem as pessoas que estão inseridas em todo o processo.” E26; “O modelo que nós construímos eu acho que foi fruto de muita ponderação, fruto de muita discussão.” E30; “Apesar de nós sabermos que havia determinado timing [para o estudo de investigação] (...) se tirarmos esse nosso conhecimento e olharmos para o resto, <u>as coisas aconteceram com naturalidade</u> (...) o <u>envolvimento de todas as pessoas e depois o criar o focus group, que eu acho que se revelou realmente</u></u></u></u></i></p>

muito importante.” E31

Quadro 33 - **Condições para a SCE: 'gestão'**

Quadro 33 - Condições para a SCE: 'gestão'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Serviço	<p><i>“É muito importante para facilitar sobretudo nas passagens de turno, haver um espaço de comunicação intensiva – vai acontecer isto, nós vamos fazer assim, tenham atenção que isto não é para perseguir ninguém, no fundo, educar um bocado as pessoas, isto facilita muito (...) <u>Facilitadoras (...) as chefias darem liberdade (...) a algumas pessoas dentro dos grupos, que são líderes (...) serem referência, serem bons profissionais, deixar sobressair e às vezes não se cortar um bocadinho as pernas, um bocadinho com medo.</u>” E19; “[No serviço] <u>as pessoas são poucas e as sessões devem abranger a totalidade dos elementos, como são poucos, eu não tenho que desdobrar as sessões em muitas vezes (...) portanto não foi difícil.</u>” E21; “A chefe não teve um papel activo como o que eu acho que deveria ter tido, neste sentido, porque <u>colocou-se completamente de lado.</u>” E26; “Nós <u>não tiramos tanto partido</u> quanto eu acho que poderíamos tirar no início, porque teve uma evolução positiva, <u>pela conjuntura do serviço, pelos problemas do serviço (...) são condicionantes que aparecem no terreno e não são controláveis sequer.</u>” E34</i></p>
Topo	<p><i>“Não vi muito resultado, em termos práticos de supervisão [no serviço] (...) pelas circunstâncias [que o serviço] passa e que a equipa passa [encerramento do serviço] (...). <u>O facto de ser horas paças (...) facilitou muito.</u> (...) O não ter ido para a frente, basicamente é a <u>desmotivação das pessoas em relação ao destino do serviço (...) vai estar nesta corda bamba agora, a partir de agora porque o Presidente do Conselho disse que não excluía a hipótese do [serviço] fechar (...) por acaso tinha muitas expectativas neste trabalho só que as circunstâncias [encerramento do serviço] fizeram com que chegasse esta instabilidade, esta necessidade de poupar, de mudar e isso destabilizou muito o grupo.</u>” E21; “Aqui até <u>tínhamos as condições ideais para que o trabalho resultasse até melhor que noutros lados.</u> Não resultou, é que</i></p>

*quando começou [encerramento do serviço], isto mexendo com a vida do pessoal, já ninguém se preocupa lá com o resto. Acabou, as coisas morreram naquele dia (...) influencia muito. Mexe com a vida (...) quanto mais não seja ver fechar isto mexe.” **E23**; “O que está a travar um bocado a equipa são fatores externos, ou seja, de ninguém acreditar no serviço, não se investir a nível físico, monetário e acho que isso desmotiva a equipa também na prestação dos cuidados.” **E28***

Quadro 34 - **Condições para a SCE: 'recursos'**

Quadro 34 - Condições para a SCE: 'recursos'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Físicos e materiais	<p><i>“O que era bom era pegar e <u>fazer um hospital novo</u>, então aí era diferente. Assim não, porque é a minha casa, nós fazemos aqui desta maneira nós fazemos ali e é difícil às vezes unificar.” E19; “<u>Aquela reunião de supervisores foi triste, lá em baixo, com os canos todos.</u>” E25; “<u>Problemas de serviço que nos ultrapassam, a nível dos materiais e físicos e que tudo isso leva a que as pessoas não estejam motivadas para participarem.</u>” E28; “<u>Reunimos uma vez naquela sala lá em baixo que não tinha grandes condições</u>, às vezes são os tais momentos que nós não podemos fazer disso, mas <u>que condiciona um bocado condiciona.</u>” E31</i></p>
Informáticos	<p><i>“Houve um aspeto só negativo que aconteceu, não dependia só de mim, que foi <u>o aspeto do site da internet, o portal</u>, essa questão efetivamente <u>acabou por ainda não se poder fazer.</u>” E19</i></p>

Quadro 35 - **Enfermeiro supervisor clínico**: 'critérios de seleção'

Quadro 35 - Enfermeiro supervisor clínico: 'critérios de seleção'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Critérios de seleção</p>	<p><i>“Não, não, isso não, não criou conflito [existirem critérios de escolha].”</i></p> <p>E19; <i>“Relativamente aos <u>critérios</u>, eu penso que, pelo menos pela observação que eu fui vendo <u>estão bem formulados</u>. Eventualmente, <u>de acordo com cada equipa às vezes é necessário mexer num ou outro mas isso é como tudo.</u>”</i></p> <p>E20; <i>“Teria que haver alguns desempates, sei lá, a antiguidade no serviço, isso também era importante.”</i></p> <p>E21; <i>“<u>Estes estão bem, Sandra, porque nós na altura criamos os critérios não pensando já nas pessoas</u>, isso foi logo uma premissa. Ao ter considerado isso, <u>nós criamos um perfil</u> e não propriamente encontramos caraterísticas que se adequassem às pessoas e por isso só acho que foi suficiente (...) acho que foram bem feitas, sinceramente as caraterísticas, <u>foi bem feito o perfil</u>, traçado o perfil (...) <u>os próprios critérios é que escolheram as pessoas</u>, as pessoas não foram escolhidas para os critérios, mas o contrário. (...) Ter <u>critérios</u> que são muito <u>objetivos</u> acabou por <u>legitimar a escolha</u> e <u>não criar grandes dificuldades, grandes atritos</u> mesmo no desempenho da função deles. (...) Era importante aquele número de anos de experiência no serviço e portanto isso excluiu também algumas pessoas (...) numa equipa que entretanto entrou muita gente nova, <u>legitimou a escolha.</u>”</i></p> <p>E22; <i>“No geral, acho que <u>estão as caraterísticas principais</u>, ter formação na área, o tempo de experiência no serviço, o relacionamento com as colegas que é muito importante (...) <u>essas caraterísticas, acho que sim, acho que estavam bem.</u>”</i></p> <p>E23; <i>“Na altura quando eu li o guia <u>achei que estavam bem</u>, acho que <u>é por aí.</u>”</i></p> <p>E24; <i>“Tem aqui um parâmetro que diz, eu acho, que era mesmo, o termo perícia, eu acho que diz o termo. Perícia, esta perícia, não é só no sentido da palavra, esta perícia tem por trás o histórico daquele elemento, não é? (...) <u>de uma maneira geral as que eu vi eu concordo.</u>”</i></p> <p>E25; <i>“As <u>caraterísticas</u> que definiram <u>eu acho que</u></i></p>

estão bem, apesar de serem um bocado gerais.” E27; “As caraterísticas, eu acho que foram bem selecionadas, poderiam ter uma ou outra coisa mais específica que pudesse definir um bocado mais (...) Pois, em concreto de certo é aquela que vocês falam de ter a formação (...) se tivesse a formação da supervisão clínica aí escolhia logo (...), quando se diz as pessoas foram escolhidas segundo estes critérios, nós lemos os critérios e realmente de certo muita gente encaixava nesses critérios.” E27; “A nível das caraterísticas do supervisor acho que o que o focus group decidiu e definiu foi acertado (...) assim no geral e do que eu falei na teoria eu acho que está, o que definiram eu acho que está correto.” E28; “Acho que sim, do que li lá [critérios de escolha], acho que sim. Importante a experiência, a formação profissional, a postura perante os outros, eu acho que sim, que está enquadrado bem no que se pretende.” E29; “Concordo e continuo a concordar com as caraterísticas que já decidimos que deveriam ter os supervisores quando era para nomear tais, por isso eu continuo a concordar com elas (...) foram bem definidas e eu acho que foram esmiuçadas as caraterísticas, eu acho que de facto é o essencial.” E30; “Em relação ao perfil e às caraterísticas, eu acho que os critérios que foram elaborados foram os melhores, foram os mais corretos.” E32

Quadro 36 - Enfermeiro supervisor clínico: 'competências'

Quadro 36 - Enfermeiro supervisor clínico: 'competências'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Auto supervisionar-se</p>	<p><i>“Depois também deve <u>ter capacidade de auto supervisionar-se</u>, não é? <u>Estar em constante questionamento, de si próprio, das suas estratégias, das que usa, das que não usa.</u>” E26; “É importante que o supervisor perceba se a forma como está a actuar também está a ser a <u>mais adequada.</u>” E31</i></p>
<p>Comunicador</p>	<p><i>“Uma <u>boa comunicação</u>, ganhamos todos, ganha o utente (...) ganhamos nós, que fazemos o nosso trabalho em condições, ganham os colegas que fazem uma passagem em condições, têm tudo ok.” E25</i></p>
<p>Ter conhecimentos e experiência</p>	<p><i>“<u>Tem que ter a nível de conhecimentos técnicos</u> também tem que ser <u>uma pessoa que tem que ter alguns conhecimentos</u> porque senão, se não sabe também não pode tentar ajudar os outros.” E24; “Deve <u>ter conhecimentos bem sólidos</u> (...) é preciso crescimento, <u>é preciso experiência</u>, não é? <u>Experiência que se vai adquirindo ao longo do tempo</u> (...) deve ser um enfermeiro da prática, que esteja <u>presente na prática.</u>” E26; “É preciso realmente <u>ter alguma base, alguma base de conhecimento, daí alguma experiência profissional para ter algum sentido crítico</u> relativamente aquilo que estão a observar e a avaliar no fundo (...) a pessoa tem que <u>ter realmente algum Know How, alguma experiência</u> (...) para perceber o que é que quer fazer.” E31; “É uma <u>pessoa que sabe!</u> Uma <u>pessoa com sabedoria, o saber</u>, acho que a <u>sabedoria é importante</u> (...) <u>as pessoas com anos de carreira, com muita experiência</u>, a própria vida nos ensina. (...) Eu vejo essa pessoa como uma <u>pessoa de sabedoria</u>, uma pessoa que seja responsável, que passe a palavra e que seja responsável para com toda a equipa com o sentido da melhoria.” E33</i></p>
<p>Humilde/ Discreto/ Imparcial</p>	<p><i>“Acaba por ser tudo um conjunto de características que deve ter capacidade de <u>abordar o outro de forma a não humilhar e de forma a respeitá-lo.</u>” E26; “O <u>supervisor clínico ideal</u> era que fosse <u>alguém que</u></i></p>

	<p>em termos de posicionamento perante as pessoas fosse alguém <u>com muita humildade, (...) muito ponderado.</u>” E31; “Deve ser uma <u>pessoa discreta</u> (...) Deve ser uma <u>pessoa imparcial</u> perante todo o grupo, toda a equipa.” E33</p>
Líder	<p>“<u>Perceber que tipo de comportamentos tem que ter para chegar lá</u> (...) é uma questão da própria pessoa com a motivação que tem, limar aquilo que possa fazer menos bem.” E22; “Deve ter o poder de <u>envolver as pessoas num projeto</u>, eu acho que o principal é isso.” E23; “Ter uma <u>boa capacidade de liderança</u> acima de tudo, (...) <u>gostar de efetivar os outros, de os levar mais à frente.</u>” E26; “<u>Alguém que me ajuda a refletir nas minhas práticas</u> com sentido crítico mas um <u>crítico positivo, eu vou melhorar, eu vou conseguir aqueles objetivos que nós pretendíamos, evitar o erro</u> (...) <u>Motivar a pessoa para desencadear nela mecanismos dela própria</u> chegar à conclusão que está a errar naquele tipo de procedimento (...) que <u>tivesse características de motivar as pessoas a conseguir perceberem</u> que realmente <u>determinado tipo de posturas</u> (...) que realmente não é a mais adequada e que deveriam mudar alguma coisa (...) <u>Criar uma empatia nas outras pessoas que é sólida</u> porque se baseia em querer melhorar aquilo que nós somos como pessoa e como profissional.” E31; “<u>Como gestora, uma pessoa que consiga ir de encontro aos objetivos do pessoal, do que a equipa precisa</u> (...) <u>Há pessoas nas equipas que são pilares, líderes, ajudas, recursos.</u>” E33</p>
Modelo	<p>“É importante em termos de crescimento das pessoas, percebermos que <u>há outras pessoas que nos ajudam</u> (...). Se aqueles que tiverem <u>experiência souberem estar no lugar deles</u> (...) e <u>puxar os outros para</u> (...) porque a gente aprende não é só com a teoria, a prática, <u>a gente vai aprendendo e vendo pessoas com mais experiência fazer e perguntar</u> (...) e isso é bom.” E19; “<u>Uma pessoa que faz isso acaba por ser um exemplo, mesmo quem vem novo se tem um colega que até admira é fácil imitar</u> ou pelo menos <u>tenta imitar, pelo menos tenta seguir aquele modelo</u>, que no fundo é um bocado, se calhar, os</p>

	<p>supervisores têm que ser um bocado isso (...), uma <u>pessoa com credibilidade e pronto</u>” E24; “Principalmente <u>ser empenhado, que os outros reconheçam que faz coisas diferentes</u> ou que <u>quer coisas diferentes</u> e que <u>no serviço desempenha uma função diferente dos outros</u>. No fundo <u>é um exemplo mas um exemplo de empenho</u>. (...) O <u>supervisor já for aquela pessoa que despenda de tempo</u> (...) que também <u>trabalhe, que esteja visível que trabalha para o serviço, em benefício do serviço, (...) aquele que tem dentro da equipa um empenho diferente quer seja no doente ou a nível geral</u> (...) aquelas que já no dia-a-dia <u>tenham uma prestação diferente</u> que os colegas até [digam] – ‘preciso de ajuda aqui’ – <u>vamos fazer</u>.”E29</p>
Observador/ Avaliador	<p>“Que tenha uma <u>capacidade de observação e de avaliação</u> muito grande.” E21</p>
Relacionar-se	<p>“Tem que ter algumas <u>caraterísticas</u> (...) a nível humano, de <u>relação com os outros</u> porque senão também não adianta saber muito fazer.” E24; “Boa <u>capacidade de se relacionar com os outros</u> (...) depois <u>tudo depende do relacionamento que tem com os pares</u>.” E26; “É lógico que depois o <u>tipo de relação que se vai estabelecendo, pode-se criar à vontade</u>.” E31; “Deve ter um <u>bom relacionamento com a equipa</u> (...) deve ser uma pessoa que realmente, de <u>fácil relacionamento interpessoal</u> (...) <u>uma pessoa colaboradora, portanto no sentido de colaborar com a equipa</u>.” E33</p>
Voluntário	<p>“Mas o principal é o supervisor clínico <u>ser supervisor clínico por vontade própria, não ser uma coisa imposta</u>, porque o facto de ser imposto pode condicionar todo o processo.” E34</p>
Aceite pelos pares	<p>“Deve ser uma <u>pessoa que é bem aceite por todos os outros</u>.” E21; “<u>Aquela pessoa que é aceite, acaba por ser a parte da aceitação até do grupo, aquela pessoa que mantém uma postura que é uma postura que é reconhecida</u>.” E22; “O <u>supervisor tem que ser uma pessoa que em primeiro lugar de tudo, tem que ser bem aceite, estar bem aceite pela equipa</u>.” E24; “Caraterísticas pessoais que eu considero importantes,</p>

sendo elas, (...) ser aceite pelo grupo, (...) deve ser aceite pelos seus pares, acima de tudo, se estivermos a falar de supervisão clínica de pares, deve ser acima de tudo aceite pelos seus pares e ser reconhecido." E26; "Deve ser uma pessoa que realmente (...) reúna consenso dentro do grupo." E33; "Às vezes a mesma coisa dita por uma pessoa convence e é realmente e, tem um impacto totalmente diferente da mesma coisa dita por outra pessoa que não é aceite." E35

Quadro 37 - **Enfermeiro supervisor clínico: 'áreas de formação'**

Quadro 37 - Enfermeiro supervisor clínico: 'áreas de formação'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
SCE	<p>“Eles têm que ter <u>formação [SCE]</u>, não podem partir do nada, porque, sem formação não há base (...) é fundamental, porque elas ficam com outras perspectivas e já têm e já não vão do nada e deve-se ter notado na forma como elas lidaram com as situações.” E20; “O enfermeiro supervisor deve ter <u>formação em supervisão clínica.</u>” E21; “<u>A formação na área da supervisão clínica</u>, que é logo algo fundamental, essa pessoa está à partida muito mais dentro daquilo que se pretende, não é. E só o facto de a ter também mostra, quer dizer, se adquiriu formação era porque estava motivada para.” E22; “No geral, acho que estão as características principais, ter formação na área, sim, <u>formação em supervisão.</u>” E23; “Devemos ter uma <u>formação específica [SCE] para tal.</u>” E24; “As pessoas quase nenhuma ainda tem a <u>pós graduação</u> ou poucas ainda têm eu acho que realmente para este papel é importante tê-la. <u>Em supervisão clínica.</u> É importante tê-la (...) Porque no fundo nós temos a fundamentação do terreno que pisámos.” E25; “Em primeiro lugar eu considero que é importante a <u>formação em supervisão clínica.</u> A formação é importantíssima, ponto assente.” E26; “Deve ter <u>formação na área da supervisão.</u>” E27; “A <u>formação é importante em supervisão clínica.</u>” E28; “A <u>formação de base é fundamental.</u> Sim, <u>de base na área específica da supervisão</u>, claro, eu acho que isso é fundamental, porque dá suporte logo e que <u>a área da supervisão é uma área muito específica</u> porque estamos a lidar com pessoas, com pares (...) <u>ter formação na área específica da supervisão</u>, eu acho que a formação é fundamental.” E30; “Noto, é que <u>ter formação em supervisão</u>, é algo que <u>diferencia</u> - a forma como a pessoa se aproxima do supervisionado, a postura e compreende com maior facilidade e clareza aquilo que lhe é exigido.” E32; “Eu acho que o supervisor clínico tem que <u>ter formação em supervisão clínica inevitavelmente</u> (...) é mais fácil as pessoas aceitarem se for uma pessoa com <u>formação na supervisão</u></p>

	<i>clínica.” E34</i>
Outras áreas	<i>“A <u>área da pedagogia</u> agora todos têm, penso eu, também <u>era importante</u> que tivessem.” E21; “Sim, (...) e depois na <u>área em que desempenha funções.</u>” E35;</i>

Quadro 38 - **Enfermeiro supervisor clínico:** 'desempenho do papel'

Quadro 38 - Enfermeiro supervisor clínico: 'desempenho do papel'

Categoria	Unidades de Contexto/Unidades de Registo
<p>Desempenho do papel</p>	<p><i>“Se for uma pessoa que até pode ter muita formação mas depois a <u>equipa não reconhecer</u> (...) quanto mais não seja as pessoas vão tentar (...) no início as pessoas tentaram um bocado deitar abaixo (...) bater de frente.” E24; “<u>É uma novidade</u> para mim e estar no <u>papel de supervisora</u> também é tudo novo, depois é a <u>supervisão de pares</u> que também é <u>uma novidade</u> e agora <u>motivar uma equipa</u> que também já por si <u>está desmotivada</u> do local onde trabalha (...) <u>foram dificuldades acrescidas</u> (...) o que eu senti mais <u>dificuldade</u> foi <u>na motivação</u> (...) <u>dos colegas</u>.” E28; “É um <u>papel em que de facto foi novo, é novo, estamos a falar de supervisão de supervisores, é um papel novo mas não é um papel diferente</u>, não deixa de ter uma <u>postura</u> também de <u>acompanhamento e de ajuda na ultrapassagem</u>, se podemos dizer assim, de <u>obstáculos que se possam interpor</u>, e esta supervisão é fundamental (...) <u>é mais uma opinião, é mais uma acheqa, é mais um acompanhamento</u>, e que sendo um bocadinho outsider com uma <u>visão mais holística do processo poderão ser sempre umas mais-valias</u>. Ou seja, o supervisor no campo de trabalho, sim <u>acompanhamento</u> e outro supervisor major com um <u>distanciamento ao local de trabalho</u> com outro tipo de <u>visão</u> mas sempre com a <u>visão de acompanhamento e de melhoria das condições e de trabalho</u> é sempre uma <u>mais-valia</u>.” E30; “Agora também não é para ser como certos elementos (...) <u>andam em ziguezague, dão 2 comprimidos e vão a outro serviço dar um passeio e os colegas ali cheios de medicação</u>, mas o <u>problema</u> é que quando essas <u>pessoas estão ligadas à dinâmica da supervisão</u> e eu acho que isto não seja correcto.” E32</i></p>

Quadro 39 - Estratégias de implementação do MSCEC: 'adequação'

Quadro 39 - Estratégias de implementação do MSCEC: 'adequação'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Adequação	<p><i>“<u>Mantinha.</u>” E19; “Eu acho que a implementação foi nos <u>timings correctos</u> (...) e eu se calhar não me empenhei devidamente, eu acho que devia ter-me empenhado mais, mas também não tinha tempo.” E20; “<u>A formação, o planeamento das sessões, apresentação do focus group para ter directivas para as pessoas, acho que está bem.</u>” E21; “<u>Eu acho que sim Sandra, porque só não ficou esclarecido quem não quis, porque houve de facto essa informação passada de diferentes maneiras</u> (...) olhar para o que fizemos e o que é que podíamos fazer melhor? Não estou a ver Sandra a sério, olhe, porque na altura aquilo que foi em termos da sensibilização das pessoas, a informação das pessoas, <u>só não recebeu informação quem não quis</u>, a cultura da procura também tem que existir, na profissão de enfermagem que está continuamente em mudança, como quase tudo hoje no mundo, as pessoas não podem ficar estanques e têm que ter consciência que aquilo de ontem já não nos serve para hoje, portanto, essa é uma boa prática.” E22; “Acho que <u>foi adequado (...) fazia nesta forma que estão a fazer (...) fazia desta forma</u> porque é assim eu até acho que as pessoas, as pessoas até aderiram.” E24; “<u>Para mim estão adequadas, de todo</u>” E25; “<u>Estão adequadas, se bem que deveriam ter sido reforçadas. Julgo que não foi suficiente a propaganda, a publicidade que foi feita.</u>” E26; “Eu acho que as <u>estratégias estão bem.</u>” E29; “<u>As estratégias foram óptimas</u> e depois então o que é que acontece, avançamos mais rapidamente, a gente conseguiu avançar por ter sido tudo uma <u>boa programação e essa programação ter boas estratégias.</u>” E30; “Se não tivesse havido a formação, se não houvesse este acompanhamento por parte das chefias, se não houvesse esta desmistificação feita pelos supervisores mesmo in loco, se não fosse feito todo este tipo de trabalho eu acho que o nosso modelo não ia avante, ou melhor, poderia ir mas íamos ter muitas mais complicações</i></p>

e problemas para resolver aqui pelo meio, eu acho que este trabalho, este tipo de programação, este tipo de estratégias permitiu, um evitar de novos problemas, de novas estratégias, e permitiu-nos um avançar muito mais rápido no nosso objectivo principal.” E30; “Aqui no CHMA que funcionou bem, porque a Sandra de facto não entrou! A Sandra veio, viu quem tinha, pediu colaboração das pessoas em termos de topo, pediu a colaboração dessas pessoas que tinham um conhecimento geral das pessoas que tinham mais ou menos formação. E30; “As estratégias estiveram bem definidas e isso também contribuiu e é importante que seja dito.” E31; “Eu acho que foram muito adequadas desde o início, primeiro dar a conhecer, depois mostrar os objectivos e depois as estratégias de acompanhar, acho que sim, acho que foi fundamental.” E32; “Eu acho que os passos que a enfermeira Sandra deu acho que foram bem feitos, foram bem estruturadinhos, eu não vi nada que dissesse ‘ai que chatice’ (...) estão adequadas, perfeitamente (...) eu acho que a sua estratégia está bem feita, eu não vejo motivo de mudar ou de acrescentar.” E33; “Eu acho que estiveram adequadas” E34; “Tem que se incentivar as pessoas, mentalizá-las, dizer o que é que se vai fazer, o que se pretende, acho que sim (...) acho que as etapas foram bem definidas (...) acho que numa maneira geral, acho que sim que esteve bem.” E35

Quadro 40 - Estratégias de implementação do MSCEC: 'contrato de SCE'

Quadro 40 - Estratégias de implementação do MSCEC: 'contrato de SCE'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Aceitação	<p><i>“<u>No início até achei que se calhar que eles não iam aceitar muito bem o contrato, mais uma responsabilidade porque eles quando vêm papéis e não sei quê...vêm para aqui para o serviço fiscalizar e lá tenho eu que assinar um contrato.</u>” E20; “<u>Eu penso que aqui as pessoas terem assinado ou não, é indiferente, porque a atitude das pessoas ia ser igual, noutros grupos não sei.</u>” E21; “<u>Eu sei que a parte do contrato, houve muita gente fez aí uma confusão (...) ‘vou agora assinar contrato e agora vou lá assinar contrato e não sei o quê’ e ficaram muito tempo com o pé a atrás. Fizeram, porque pronto, como um fazia e ou outro fazia, fizeram todos, mas a questão do contrato gerou assim alguma, alguma confusão, não entendi, se me perguntar assim “O porquê?” eu acho que é mesmo a questão do assinar.</u>” E29; “<u>Para mim o contrato inicialmente fiquei com algumas dúvidas mas depois com a sua explicação consegui entender melhor o que é que queria dali (...) eu acho que é por desconhecimento das próprias pessoas daquilo que se pretende da supervisão (...) para mim é importante as pessoas formularem um contrato.</u>” E34; “<u>Eu acho que mudava o contrato. Não punha o contrato (...) assinar um contrato, (...) acho que não era preciso a assinatura.</u>” E35</i></p>
Efeitos	<p><i>“<u>Responsabilizou-os, o que achei óptimo (...) realmente, trabalhar assim é a melhor forma para todos, responsabilizou-os a todos, somos todos responsáveis e isso é muito importante. Foi importante, foi (...) é um vínculo. As pessoas comprometem-se e as pessoas comprometeram-se de uma forma escrita e não vamos dizer que não é importante, é importante, claro que é importante. Eu acho que é fundamental.</u>” E20; “<u>As pessoas sentiram-se um bocado, não vale nada, não vale nada, mas houve compromisso (...) a nossa assinatura é um bocado a nossa identidade e é assim, compromete.</u>” E24; “<u>As pessoas (...) têm que se responsabilizar, sabem que vão ter responsabilidade no trabalho,</u></i></p>

também têm que colaborar, não é só o supervisor que tem que trabalhar, é um trabalho de grupo. Acho que os passos teriam mesmo que ser esses, que é para a pessoa saber que está a aceitar e que está a responsabilizar-se pelo que está a fazer e também tomar consciência do que é o trabalho.” **E27**; “As pessoas assumirem um compromisso, porque um contrato está assinado por 2 pessoas mas o contrato não tem só um assinar um compromisso, tem muito a ver com o elucidar e de facto aquilo que é o modelo e o compromisso que as pessoas têm perante aquilo e desmistifica logo muito do trabalho da supervisão (...) este contrato, para mim, foi uma mais valia, veio por assim dizer, dar uma maior valorização ao modelo em si, as pessoas vêem que aqui de facto não é uma coisa de fazer por fazer, é uma coisa que de facto estão duas pessoas a assumirem um compromisso, o supervisor e o supervisionado. Acho muito pertinente, achei fenomenal, sinceramente” **E30**; “Relativamente ao contrato, eu acho que para mim é importante, as pessoas formularem um contrato porque é uma responsabilidade, não pode ser só uma responsabilidade do supervisor mas também do supervisionado.” **E34**; “Não punha o contrato (...) assinar um contrato, (...) acho que não era preciso a assinatura (...) o contrato assustou as pessoas (...) acho que as pessoas ficaram mais apreensivas, acho que assustou mas foi uma maneira de as fazer realmente comprometer-se (...) acho que assustou mas comprometeram-se.” **E35**

Quadro 41 - **Estratégias de implementação do MSCEC: 'formação em SCE'**

Quadro 41 - Estratégias de implementação do MSCEC: 'formação em SCE'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Adesão	<p><i>“Houve uma <u>adesão muito grande à formação, muito grande mesmo</u>, eu fiquei bastante admirado com as questões que eu ouvi, ouvi no refeitório, falavam comigo, enfim, achavam que o projecto era bastante engraçado.” E19; “<u>Acho que quase toda a gente foi.</u>” E25; “Primeiro, o facto de <u>se ter feito formação a todo o CHMA.</u>” E31</i></p>
Importância	<p><i>“Aquela questão <u>da formação de base inicial</u>, aquelas horas que foram feitas para toda a gente acho que <u>foi muito importante.</u>” E19; “A Sandra fez uma parceria com elas muito grande neste período todo. Em que esteve sempre aqui com uma interajuda, a tirar dúvidas, a esclarecer montes de situações que aconteceram. Eu acho que <u>a formação base é fundamental</u>, porque elas <u>ficam com outras perspectivas</u> (...) deve-se ter notado na forma como elas lidaram com as situações.” E20; “<u>A parte teórica da formação é importante para as pessoas perceberem o que vão fazer</u>, depois <u>serem participativas nas coisas</u>, motiva muito mais as pessoas do que ter que lhes dizer ‘olha, agora preenche-me este inquérito, olha agora vais ter que fazer não sei o quê’ é diferente, não motiva nada, <u>as pessoas estarem, perceberem o que vão fazer, porque vão fazer, qual é o objectivo, e até se for preciso dar opiniões</u>, isso motiva, acho que é uma boa estratégia.” E21; “Honestamente acho que quer da estrutura, quer de agendamento, quer de comunicação, <u>a formação foi muito importante</u> (...) acho que esteve muito bem, se não surtiu um efeito melhor, desejável, já dependeu do comportamento das pessoas.” E25; “<u>A formação acho que foi ótima porque deu logo para as pessoas esclarecerem um bocado o que é supervisão</u>, que <u>não é andar a controlar, nem a vigiar ninguém</u>, a formação tinha mesmo que começar por aí, porque senão <u>o trabalho sem formação não!</u>” E27; “Eu acho que <u>a principal coisa foi a nível da formação</u> (...) onde eles <u>tiveram acesso a conceitos</u>, isso eu acho que <u>foi importante, foi-nos abrir um bocado a nossa mente e aquilo que todos</u></i></p>

nós tínhamos como perspectiva o que é que era a supervisão.” E28;
“Primeiro, todo este processo se não fosse a formação inicial, se não fosse o acompanhamento não íamos ter um feedback tão bom pela parte dos supervisados.” E30; “Foi muito importante [a formação], porque o receio, principal receio, que existia e poderá até ainda existir em algumas situações foi a melhor forma de o combater (...) a formação não se perdeu porque ajudou a formar as pessoas, a formação deu uma perspectiva a toda a gente da necessidade que nós temos de termos algum tipo de orientação e da tal reflexão das nossas práticas, portanto, eu acho que esse aspecto foi fundamental (...) acredito que realmente tem custos mas acho que de outra forma em termos do processo de implementação, se nós fizéssemos de outra forma não iríamos conseguir (...) abertura da parte das pessoas, há abertura porque há entendimento, eu não consigo perceber algo que eu não compreendo, melhor dizendo, eu não consigo colaborar e estar disponível para algo que eu não percebo, não conheço, não sei o que é, portanto acho que essa primeira forma foi muito importante.” E31;
“Faz-me sentido fazer formação inicial sobre uma matéria que vai ser desenvolvida e que depois vai ser aplicada, porque foi exactamente na formação inicial que eu me apercebi da supervisão clínica, e tanto foi, que até fui fazer o curso de pós graduação em supervisão clínica em enfermagem (...) acho que é importante fazer formação inicialmente, até porque depois quando foi instaurado o processo no terreno, as pessoas já terem uma noção do que é que vai acontecer e isso pode funcionar como um elemento facilitador (...) foi realmente uma janela aberta para as pessoas, porque é assim se calhar a supervisão não é muito conhecida, a supervisão clínica em enfermagem, pelo menos o trazer até às pessoas, o conceito e de uma forma global do que é que se trata na supervisão poderá eventualmente ter sido um elemento que despoletou o interesse não digo que não e não digo que não existam outros interesses. Mas eu acho que sim. O estímulo julgo que sim.” E34

Quadro 42 - Estratégias de implementação do MSCEC: 'reuniões'

Quadro 42 - Estratégias de implementação do MSCEC: 'reuniões'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Reuniões	<p><i>“A única coisa que ia tentar fazer era eu próprio estar mais presente, essa era a parte que eu acho que falhou mais (...) <u>essas reuniões foram todas positivas</u> do meu ponto de vista, todas (...) de resto, as reuniões eu penso que correram bem, da minha parte eu acho que poderia ter ido a mais reuniões mas era muito difícil.” E19; “<u>As próprias chefias foi-lhes apresentado</u>, ainda me recordo do primeiro dia em que a Sandra lá esteve (...) não vejo onde pudesse ter trabalhado mais ou eventualmente o que é que pudesse fazer de forma diferente porque <u>atingiu todos os patamares, chefias intermédias, chefias superiores, chefia intermédia e depois, os próprios elementos do serviço que receberam formação específica dada por si (...) tiveram oportunidade para por questões</u> e isso pareceu-me evidente que <u>houve espaços para isso, tiveram um período de reflexão</u> necessariamente antes até de começarem o próprio trabalho de campo.” E22; “<u>Aquela primeira reunião que houve que foi muito pouca gente, que eu acho que era a fundamental</u> mas a chefe na altura esqueceu-se de avisar a equipa (...) o ela [chefe] se esquecer de avisar foi mau, foi mau.” E24; “<u>O tipo de reuniões, mesmo as que eram com os supervisores major</u> acho que sim, <u>foi uma mais-valia</u>. Acho que nós sentíamos um bocado o apoio.” E24; “<u>Houve a tal falha dessa reunião que achei que seria importante para toda a gente</u> porque era aí o momento onde eles poderiam tirar dúvidas mais específicas, já que o serviço tinha sido escolhido para fazer este processo.” E28.</i></p>

Anexo 61

Quadro 43 - **Procedimentos da SCE**: 'cronograma'

Quadro 43 - Procedimentos da SCE: 'cronograma'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Cronograma	<p><i>“<u>Quando nós temos as datas já previamente definidas encaixavam ali e alterávamos o horário para que a pessoa pudesse fazer (...) sempre que fazia o horário já sabia. Sim e o desdobramento que fizemos embora que fosse complicado porque nós tínhamos sempre que ver quem era o grupo de quem (...) o que até nos dificultou muito foi a história das greves (...) [as supervisoras] grande preocupação que tinham em marcarem as datas, em andarem sempre preocupados, mesmo por exemplo, a situação da greve podia ser uma situação que não digo que destruisse o trabalho (...) porque isso aconteceu mais do que um mês (...) podia ser uma situação que a Sandra dissesse assim por motivos de greve não conseguimos fazer mais nenhuma reunião e isso não aconteceu. As greves obrigaram-nos a andar a alterar às vezes o próprio horário e a passar as datas para outras datas.” E22; “Sim, isso ajuda as pessoas a planearem também.” E23; “Foi bom, foi, porque é assim, a gente já sabia no fundo, logo ao início com o que contava para o tempo todo. Assim, não achei que fosse muito difícil.” E24; “Logo que eu tenha o planeamento feito, está tudo bem, a não ser que haja algo de extraordinário porque a intenção era não faltar a nenhuma.” E25; “Facilita porque marcamos. A chefe não nos disponibilizou, a chefe em termos de horário não nos disponibilizou, tanto que eu hoje estava de descanso e tive que vir, mas o facto de nós já sabermos e programar é bom. E mesmo para os colegas também, porque há colegas que põem esse dia a fazer manhã e continuar de tarde.” E29; “Houve consciência e a responsabilidade e a interiorização que temos que levar isto de vencida e que vamos definir um tempo e que também até a definição desse tempo foi negociado e vamos implementar as coisas da melhor forma (...), chama-se a isso planeamento, chama-se a isso gestão de tempo (...) acho que as coisas (...) correram muito naturalmente.” E31; “Tendo o cronograma inicial facilita porque permite que a pessoa com</u></i></p>

antecedência tente programar.” E32; “O cronograma inicial ajuda. Ajuda sim para programarmos, para dizermos o que é e o que não é, como é que podemos sair, para podermos trocar, se podemos trocar. Acho que devemos manter assim.” E33

Quadro 44 - **Procedimentos da SCE: 'tempo'**

Quadro 44 - Procedimentos da SCE: 'tempo'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Tempo	<p><i>“Excedeu para além da hora e meia.” E22; “O tempo da reunião em si, acho que está bom (...) havia um tempo limite mínimo mas depois eu acho que <u>todas elas até ultrapassaram</u>, porque as próprias pessoas, se calhar sentiam necessidade, é assim foi um bocado <u>1hora, 1h30min era o tempo mínimo mas depois passou-se isso</u> e assim é por aí (...) também se esticarmos muito, muito, se calhar era depois um bocado de má língua, ou seja, deixa de ter o interesse, de ser (...) formal.” E24; “<u>A duração foi muito mais do que aquela que estava prevista, não foi? Prolongávamo-nos ali, precisávamos de mais tempo para desabafar, para partilhar questões que nos vão atormentando individualmente.</u>” E26; Acho que até a <u>duração, nós tínhamos estipulado 1h30min que era para não ser muito cansativo, às vezes até se prolongou</u>, porque eu acho que também conseguimos superar as expectativas.” E27; “<u>A duração eu acho que sim. Acho que até se nos deixassem, nós estendíamos por mais tempo porque temos tantas coisas a discutir.</u>” E28; “<u>A duração eu acho que esteve bem.</u>” E32; “<u>Acho que foi o tempo certo.</u>” E35</i></p>

Anexo 63

Quadro 45 - **Procedimentos da SCE: 'local'**

Quadro 45 - Procedimentos da SCE: 'local'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Fora do serviço	<p><i>“<u>Não, não creio que esteja adequado - o local principalmente. O local, devia ser fora do serviço, de forma a eles estarem mais à vontade, partir mais pedra, se calhar (...) poderia eventualmente ser cá no Hospital mas numa sala de formação (...) estão-se a formar, em vez de estarem no serviço, estão lá.</u>” E20; “<u>Na sala de reuniões, essa era o ideal sempre porque aí estávamos extra serviço, não é sempre o abre e fecha a porta e a gente está lá, acho que sim (...) se a sala de reuniões estivesse por nossa conta estava bem.</u>” E25; “<u>A sala, podíamos ter usado mais vezes esta sala de reuniões, porque [na outra] é a sala do serviço, é a sala das reuniões do serviço, ambiente pesado, depois o entra e sai dos médicos e o telefone a tocar e acho que se estivéssemos aqui estaríamos mais à vontade.</u>” E26; “<u>Aqui [sala de reuniões] se calhar até estávamos melhor.</u>” E29; “<u>Devia ser feito cá no hospital [na sala de reuniões].</u>” E32</i></p>
No serviço	<p><i>“<u>Não é importante sair do serviço, eu acho que se pode, aliás eu acho que se deve porque facilita, sei lá, as pessoas estarem mais presentes e até como foi encontrada aquela hora de sobreposição, facilitar que as pessoas estejam presentes nas sessões, eu acho que isso é uma boa estratégia e estando no serviço facilita.</u>” E21; “<u>De preferência até dentro do próprio serviço, até porque nós temos uma sala que pode ser utilizada embora seja identificada com o gabinete médico mas tem características para ser uma sala de reuniões, uma sala de espaço formativo (...) o serviço não tem uma sala mas aquilo tem condições para estarmos ali a termos uma reunião ótima.</u>” E22; “<u>Não vi propriamente nenhum contra em ser aqui, não. Se calhar acho que esteve razoável.</u>” E23; “<u>O local esteve bem.</u>” E27; “<u>Não vi inconveniente nenhum, acho que as pessoas se sentem à vontade no local.</u>” E28; “<u>Parece-me bem desde que a parte médica não interfira. Nós estamos muito bem aqui. É adaptado. Está adaptado o espaço.</u>” E33; “<u>Aqui no</u></i></p>

serviço, acho que esteve ótimo. Sabemos que este gabinete é
partilhado por muita gente mas é o que temos e acho que é o lugar
ideal, primeiro porque as pessoas estão a trabalhar e porque é mais
fácil, está dentro do local de trabalho e é mais fácil.” E35

Quadro 46 - **Procedimentos da SCE:** 'frequência'

Quadro 46 - Procedimentos da SCE: 'frequência'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Frequência	<p><i>“Eu penso que de uma forma inicial <u>os intervalos</u> não deviam ser, <u>não estavam mal mas se fossem menos um bocadinho também não perderíamos nada</u>, agora para o fim, penso que era só mais uma questão de ver ponto de situação basicamente.” E20; “Mais juntas as sessões acho que não, para não sobrecarregar e saturar as pessoas. <u>De dois em dois meses acho que está bem</u>, num programa assim a longo prazo, <u>acho que está bem.</u>” E21; “<u>Até faz sentido posteriormente que esses espaços sejam mensais</u>, eu sempre defendi um bocadinho isso como espaços de reflexão que pudessem funcionar e que estivessem integrados dentro de uma prática habitual da equipa.” E22; “Agora, relativamente aos <u>intervalos</u>, é assim, eu acho que <u>os intervalos até estão bem mas se formos a ver, se calhar o tempo foi pouco</u> (...) o facto, é que é assim, de serem quatro eu achei pouco, porque é assim foram 3 e 1 já é a final e <u>foram pouco</u>, mas no fundo no tempo, se calhar se fosse menos espaçado também não haveria tanta adesão das pessoas (...). <u>Neste estudo se calhar foi pouco</u> (...) se calhar mais 1 ou 2 seria importante.” E24; “<u>A periodicidade esteve bem.</u>” E25; “<u>A periodicidade sim. Não me importava que tivesse sido mais, por exemplo, uma por mês com um grupo</u> (...) porque depois são só seis meses e depois não dava para mais, tinha que ser mesmo assim.” E26; “Acho que houve alguma limitação, parece que <u>meio ano é muito, mas não é</u> (...) <u>acho que o pior foi o tempo, a limitação do tempo.</u>” E27; “Isto é um tema muito novo e o que eu senti é que <u>se calhar as reuniões não deviam ser tão espaçadas, deveriam ter sido feitas num intervalo de tempo mais curto</u> (...) acho que as reuniões nesta fase inicial do processo de supervisão <u>deveriam ser tipo uma vez por mês.</u>” E28; “Em termos de <u>periodicidade eu acho que não mudava.</u>” E29; “<u>Foi uma periodicidade, ponto assente que a gente deu e foi ajustando</u> (...) nós podemos ter uma periodicidade de 3 em 3 meses ou de 2 em 2 meses ou de mês a</i></p>

mês, isto pode ser, é irrelevante quase, porque nós após cada reunião podemos ter a necessidade dizer assim olha, a próxima reunião era daqui a dois meses mas poderá ter que ser encurtada (...) as que nós pusemos parecem-me bem e foram ajustadas até.” E30; “Falando contra mim, como nós temos a vida muito ocupada com tudo aquilo que nos é exigido é um bocado complicado obter tempo, mas acho que podiam ter sido mais frequentes (...) houve algumas que eu até achei se calhar espalhadas (...) acho que essas reuniões que houveram como eram todos e com a Sandra e com os supervisores, eu acho que foi excelente também para as pessoas, não só compreenderem o papel do estudo no serviço mas também perceberem, haver partilhas de opiniões, de reflexão. Deviam ser mais frequentes.” E32; “Acho que devia ser mais próximo, mais próximo.” E33; “Relativamente à periodicidade, eu acho que foi suficiente (...) se há períodos em que eu acho que mensalmente é suficiente, há períodos em que mensalmente não é suficiente dependendo das situações que ocorrem. Eu acho que sim, eu acho que na generalidade esteve bem.” E34

Anexo 65

Quadro 47 - **Contributos do MSCEC:** 'percurso'

Quadro 47 - Contributos do MSCEC: 'percurso'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Percorso	<p><i>“<u>Eu pessoalmente aceitei-o muito facilmente até porque era um projecto que eu gostava que avançasse porque é uma área que eu acho que é importante nós termos nos hospitais e se calhar também nos cuidados de saúde primários (...)</u> depois de o ter apresentado achei que <u>as pessoas até aceitaram bastante bem (...)</u> achavam que o projecto <u>era bastante engraçado (...)</u> claro que <u>eu gostava que aquilo avançasse no hospital todo (...)</u> a percepção nos dois serviços que ficaram e depois mais o terceiro, <u>a pediatria, que voluntariamente pediu para entrar e eu achei muito bem até porque é uma equipa pequena (...)</u> e <u>achei que era importante estarem e também se as pessoas se voluntariaram é porque tinham disponibilidade para e queriam e portanto achei que era importante. (...)</u> Que correu bem, eu sabia e sabia que o projecto que ia <u>demorar porque um doutoramento é sempre uma coisa muito demorada não é um mestrado, 2, 3 às vezes mais anos.</u>” E19.</i></p>

Quadro 48 - **Contributos do MSCEC:** 'efeitos do MSCEC'

Quadro 48 - Contributos do MSCEC: 'efeitos do MSCEC'

Subcategoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Desmistificação da SCE</p>	<p><i>“<u>Não é fiscalizar (...) chamar à atenção de que a nossa actuação se calhar não foi tão correcta mas o chamar à atenção não é fiscalizar, é diferente, eu não estou lá de pistola na mão se não fizerem bem.” E19;</u> <u>“Já não vêm com olhos de censura (...) neste momento ninguém as vê como avaliadores de, (...) e aquela parte do processo de supervisionado deixou de existir, não era o fiscal, mas sim a colega que estava ali só a dar ajuda e eles a darem também ajuda à colega e eles acabaram-se por se verem também um bocado, tu estás a supervisionar-me, mas eu também vou-te dar qualquer coisa de forma a melhorarmos isto.” E20;</u> <u>“Eu acho que quando fizemos esta entrevista no início eu tinha, eu tinha uma ideia diferente, penso eu, diferente da supervisão do que tenho agora por aquilo que vi.” E21;</u> “Fiquei até muito admirada positivamente pela forma como os elementos que no início, poderíamos ter algum receio da forma como fossem recebidos (...) e sinceramente o que me pareceu <u>é que as pessoas acabaram por perceber o que é que era de facto a supervisão, que era um apoio (...) e que não era necessariamente o estar a vigiar, a encontrar erros no trabalho dos outros, não é, e portanto este estigma negativo acho que rapidamente desapareceu.” E22;</u> “Enquanto profissão que também tem uma componente prática, de ser apoiada e de ser no fundo, <u>tirando aqueles aspectos (...) que é da cultura e da culpa e da vigilância.” E22;</u> “É assim, eu não acho que nós tenhamos dado grandes passos ainda (...) inicialmente estavam-me sempre a dizer – ‘ai tu agora és supervisora, mandas em mim’ e agora acabou todo esse tipo de coisas acabou, é pacífico, as pessoas aceitam naturalmente. (...) o grosso, a maioria, acho que já percebeu que <u>é uma coisa natural (...)</u>” E24; “A supervisão inicialmente foi uma ameaça, não tenho a menor dúvida disso. <u>As pessoas sentiram-se literalmente ameaçadas. Agora não. Supervisão não é do tipo estar a falar de uma coisa estranha, de uma coisa</u></i></p>

desconhecida, nem de uma coisa para desconfiar (...) acho que de preparação é que deviam ter sido estes seis meses, acho que agora é que as pessoas estão a começar a ver a coisa sem maldade (...) agora é que está a ser pacífico, ao início não foi, não foi muito pacífico (...) agora é que as pessoas começaram a perceber, também se calhar pelo nosso comportamento (...) também demonstramos que a coisa não é bem assim e as pessoas até se sentem à vontade.” E24; “No início (...) os supervisados, de uma maneira geral, sentiram-se ameaçados pela supervisão, só o conceito (...) já era tipo uma ameaça.” E25; “Todas aquelas dúvidas que se têm em relação à supervisão clínica que é sempre um termo um bocado injusto se calhar para aquilo que se pretende com a supervisão, e é um termo muito penoso (...) foi a dificuldade maior, a dificuldade mais acrescida que levou algum tempo a tentar mudar algumas mentalidades no serviço e custou um bocado as pessoas aceitarem (...) tentar fazer com que as pessoas percebessem o que é que era a supervisão clínica, o que é que se pretendia com a supervisão clínica, depois de levar a saca rolhas.” E26; “Para quem começou a dizer eu não vou conseguir fazer nada, elas não vão trabalhar comigo, depois dissemos assim, não, afinal com jeitinho elas até lá vão (...) mas isto eu acho que cada vez estamos mais a caminhar para fazer e para mudar.” E27; “Fizeram um esforço acrescido para interiorizarem isto do que é a supervisão e definir os objectivos e trabalhar para eles.” E28; “Desde o início se as pessoas olhassem bem o que é a supervisão clínica, o que é que se espera, os objectivos. (...) Essas pessoas que mais ou menos tinham formação ajudam a desmistificar a palavra supervisão.” E30; “Supervisão clínica não me dizia nada ou dizia-me pela própria palavra, seria algo de controlo, no sentido limitativo, pronto ou primitivo. Agora não, agora supervisão clínica eu vejo algo que é de suporte, que é de protecção, de segurança, de dinamismo, de melhoria, de melhoria de qualidade dos cuidados e de relação que se estabelece de forma segura a nível profissional cujos

objectivos passa pela segurança dos cuidados mas também pela evolução da própria carreira.” E32; “O pior foi mesmo mentalizar as pessoas e fazê-las ver (...) tirar-lhes o macaco da supervisão. Isso foi muito forte. Foi um trabalho muito grande (...) há sempre quem não aceite, aceitaram e acham bem. (...) As pessoas quando entenderam isto, que era disto que se tratava, acalmaram e trabalharam.” E35

Mudança de comportamentos “Isto vai ser uma muito mais valia para o [serviço] se as coisas continuarem por causa do grupo, da idade do grupo, da inexperiência e da própria chefia do grupo (...) são quatro pessoas que estão e essas pessoas possam depois dar a volta à situação e elas próprias depois serem motor de modificação de alguns comportamentos e permitir que as pessoas pensem que a supervisão clínica não é andar a espreitar e a dizer mal e não sei o quê mas é um crescimento contínuo das coisas.” E19; “Acho muito importante, eu achei que esta discussão que está a ser feita porque há sempre mais borburinho, digamos assim, mais na área [X] do que na [Y] (...) aquilo mexeu.” E19; “Não, eles estão todos empenhados, eles já vieram falar comigo para fazerem trabalhos de forma a podermos mudar isto tudo – estou convosco, precisam de mim, venham ter comigo.” E20; “Isto serviu também para juntar as pessoas, porque acabou por juntar as pessoas, acabou por pôr as pessoas a trabalhar e foi muito notório (...) foi interessante ver que as pessoas que há uns tempos atrás aparentemente estavam colocadas de fora e portanto até nem estavam, e desta vez já estavam elas a oferecer-se e portanto eu acredito que tenha sido também este trabalho que tenha feito isso no sentido em que as pessoas viram que tinham que ter outro tipo de postura e envolvimento dentro do trabalho do grupo e do serviço.” E22; “De facto algumas práticas que estão enraizadas dentro de uma cultura de ‘porque eu sempre fiz assim, porque eu gosto de fazer assim, porque eu estou habituada a fazer assim, porque o menino tem que se fazer assim’ depois vem a cultura do ‘não porque não faz sentido, porque existe isto, e isto e isto’.” E22; “Aquilo que as pessoas

falavam, mostravam interesse de mudar práticas portanto acabava por me chegar de qualquer maneira, não é, acabava por chegar porque as pessoas - olha falou-se isto e as pessoas até gostavam de. (...) As coisas têm que emanar do grupo porque senão a mudança não ocorre, se a mudança é só superior se as pessoas não sentem que estão no centro da mudança e que elas próprias podem mudar também não vão lá, porque aí são ordens directivas (...) há coisas que têm que ser directivas mas há coisas que para haver mudança, tem que haver envolvimento das pessoas, se não houver envolvimento das pessoas parece que está, mas às vezes não está mesmo nada porque não se mudam práticas, não é sustentado é às vezes nem é conseguido coisa nenhuma.” E22; “A relação entre as pessoas [mudou], com a relação com os médicos, com os auxiliares e eu acho que isso também passou por aí e acho que se calhar, eu ainda achei que foi mais importante as pessoas pensarem sobre isso do que propriamente a nível de técnicas e eu achei isso mais importante.”E24; “São positivas, eu acho por exemplo a mudança de método, por si só, ainda não vinga mas (...) nós estamos no processo de mudança (...) e se calhar isso já foi uma pequena mudança, é assim neste momento se nós largarmos isto da supervisão eu acho que a mudança não se segura e eu acho que o facto de terem saído aqueles elementos ainda vem agravar isto um bocado mais. (...) A implementação e o modelo, eu acho que é por aí o caminho (...) não fizemos grandes coisas mas há mudanças e há quanto mais não seja há uma mudança um bocado de pensamento e pelo menos há reflexão que até agora não havia (...) há um bocado mais de reflexão das coisas.” E24; “O maior ganho da supervisão nestes moldes como aconteceu, para além que o conceito é novo, foram detectados problemas, conflitos, e tentar a via da resolução. Isso foi um ganho. Foi a maneira de por as pessoas a falar, sem dúvida.” E25; “Vejo mesmo nos meus comportamentos (...) há meio ano atrás, há um ano atrás, decerto não me preocupava com isto, e não estava com este olhar

desta maneira, via, olhava, mas olhava como uma pessoa que não é enfermeira, e que não está a pensar que pode reflectir nos cuidados que está a ter para melhorar a qualidade daquilo que está a fazer (...) ajudou pelo menos a nós pararmos, reflectirmos sobre os cuidados que estamos a prestar e dizer, eu posso fazer muito bem mas ainda posso melhorar! E então vemos realmente a reflectir-se no nosso trabalho, mas eu vejo em mim e vejo colegas, as supervisadas, também a fazer e a falar já em coisas que não se falava (...) por isso já consigo identificar mudanças de comportamento, acho que foi positivo por isso apesar de ser muito pouco tempo.” **E27**; “Nós conseguimos mudar mentalidades, já conseguimos mudar ideias (...) a supervisão veio na hora certa. Veio na hora certa para as pessoas dizerem e abrir os olhos. Sentarem e dizerem ‘eu não posso estar aqui, não é só chegar aqui fazer o meu trabalhinho e ir embora. Ora bem tenho que dar algum contributo também ao meu trabalho.’” **E27**; “Só o facto de falar do assunto e a equipa tomar consciência de que não somos a equipa perfeita e que a nossa auto estima estava muito elevada e que afinal sempre temos problemas (...) acho que as consciências também começam a trabalhar e a dizer se calhar podemos mudar.” **E28**; “Foi uma pergunta que eu fiz: ‘Se achavam que pelo menos, tipo se a supervisão já não lhes dissesse muito, se pelo menos as reuniões lhes trouxeram algo de novo para a prática?’ e toda a gente disse que sim, que achavam que realmente nas reuniões se falava de coisas graves e que isso os incentivava a mudar (...) há muita gente que mudou atitudes, noto perfeitamente, que mudou, por exemplo, a tirar a medicação e chatear-se com o barulho, ao menos já se chateiam com o barulho, com a barulheira. (...) Mudaram, têm consciência que estavam mal, mudaram mas têm sempre que desvalorizar sentem necessidade disso (...) a [J] ainda hoje estava a dizer, a parte que escolheu como reflexão (...) levar um tabuleiro e ela estava a dizer que realmente deve ser assim, já viste mesmo para nós para a nossa postura é muito melhor entrar na sala

com um tabuleiro do que levar as seringas na mão, ou seja, ela fez uma reflexão e com isso mudou.” E29;

Reconhecimento da relevância da SCE ““Há outros serviços que também têm problemas e que se calhar precisam de uma coisa destas (...) Ter a supervisão clínica como (...) uma metodologia de trabalho, para melhorar as práticas e para sabermos que não estamos sozinhos e que temos alguém que nos chama à atenção, nos diz e crescermos e isto é que é importante.” E19; “É um método de trabalho que leva com que as pessoas trabalhem sem pressões, de uma forma eficiente, de uma forma motivada e com orientação (...) leva ao crescimento dos profissionais, que leva a um melhoramento na comunicação que é essencial a nível dos profissionais. É um processo activo e dinâmico, que leva com que as pessoas trabalhem numa certa harmonia e que há comunicação que é essencial entre os colegas, é fundamental entre os colegas (...) todo este processo, todo este percurso (...) que leva a uma melhor organização do serviço e não só, há uma unidade no cuidar em termos profissionais, em termos de prestação que é fundamental (...)”Acho que isto é uma mais valia para quem está no serviço e para todos os profissionais (...) dantes eu costumava dizer que eu os ajudava a crescer, e com isto eles cresceram, o que foi espectacular (...) quando havia uma confrontação, coisas que aconteceram e que serviu também para o grupo libertar-se um pouco, e saber qual era o seu lugar e saber como lidar com algumas situações que eles não sabiam lidar.” E20; “A supervisão no sentido mais do apoio e do suporte à prática tendo como objectivos, cada vez profissionais que exercem melhor o seu exercício profissional, melhor a sua prática de enfermagem, que melhorem a sua prática de enfermagem, que funcione como momento de reflexão da prática do profissional e portanto no fundo acaba por permitir que os erros e tudo isso que depois nós associamos negativamente à supervisão, não é, acabem por também estar diminuídos necessariamente, não é, mas não é o objectivo (...) supervisão é dentro

da prática de enfermagem um apoio um suporte reflexivo ao exercício profissional, ao exercício de enfermagem. (...) Uma hora e meia num mês não é nada e isto se calhar é muito em termos de ganho para a equipa. (...) Com aquilo que nós já apreendemos é quase que se impõe à prática da enfermagem, portanto acaba por ser algo que no fundo nos deve acompanhar e portanto impõe-se. Impõe-se e impõe-se porquê? Impõe-se pela necessidade que nós temos enquanto enfermagem enquanto profissão.” E22 ““Se calhar os 6 meses realmente, na altura vê-se 6 meses, mas depois chega-se agora e prontos, não é muito, realmente (...) Um processo que vai acompanhando a prática dos enfermeiros que tem por objectivos assegurar uma tomada de decisão mais fundamentada do enfermeiro, visa também a segurança nos cuidados (...) pressupõe uma análise e uma reflexão quer dos supervisores quer dos supervisados sobre o nosso no dia a dia, sobre a nossa prática.” E23; “É uma ferramenta, é uma estratégia para que se consiga atingir sempre uma melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos, pelo apoio, pelo suporte que vai facultar, pelo acompanhamento, pelo contínuo estimular do pensamento crítico – reflexivo dos intervenientes, quer do supervisor, quer do supervisado e depois aquilo é mútuo, cíclico, portanto eu reflecto como levo a reflectir e depois aquilo deve ser contínuo (...) é um suporte, é um apoio, é uma forma de acompanhar e de cuidar do próximo, dos nossos pares, dos pares se sentirem bem, se sentirem cuidados, a qualidade dos cuidados que prestámos vai ser melhor.” E26; “A supervisão veio na hora certa. (...) A supervisão é um bocado tipo o papel que as mães têm de orientarem, de dizer qual o caminho certo para se ter o melhor comportamento, aqui não é o melhor comportamento mas os cuidados de melhor qualidade, não é, ou melhorar os cuidados que se está a prestar mesmo sendo bons. O supervisor funciona um bocado como o orientador, como eu estava a dizer como a mãe que está a dizer ‘olha tu estás bem mas se sequires

por este caminho decerto ainda ficas melhor', a supervisão é um bocado disso, é orientar, é ajudar a ter cuidados melhores e de melhor qualidade e a valorizar mais a enfermagem." E27; "Seis meses é muito pouco, muito pouco, e o facto de às vezes não depender só de nós, nós até temos as ideias, sabemos o que é que queremos fazer mas depois não há orçamento ou não há um empurrão até da direcção para que as coisas mudem. (...) Ajudar a crescer os enfermeiros, quer a nível pessoal, quer a nível profissional (...) é a partilha do conhecimento, das experiências e não estar ali como ditador, a dizer olha eu sei mais do que tu, é alguém em quem nós podemos partilhar conhecimento para sermos melhores." E28; "Acho necessário para os serviços, acho estritamente, acho mesmo muito, muito necessário. A avaliação, é assim, do que eu pressenti no nosso serviço, acho que mesmo para quem faz e quem já quer absorver alguma coisa é muito bom e prontos depois há aqueles que para eles é igual ao litro." E29; "É um acompanhamento com vista à melhoria das qualidades de enfermagem (...) a supervisão não pode ser estática, a supervisão tem que ser modelada às especificidades onde irá ser implementado o acto supervisivo (...) isto não é fixo, não é um papel fixo, nós aqui continuamos e eu acho que é para toda a vida." E30; "Considero que pode ser uma mais valia na enfermagem e que pode subir níveis de qualidade na prestação dos cuidados e evitar (...) o erro, isto é uma máxima que as pessoas têm que também interiorizar para sentir a necessidade de. (...) A supervisão clínica deve ser a reflexão sobre as nossas práticas, orientada porque, às vezes, nós precisamos que ela ganhe, que está connosco, que trabalhe connosco, que vê os mesmos problemas, que sente as mesmas ansiedades, os mesmos desejos, que tem as mesmas perspectivas ou até tem perspectivas diferentes, portanto, é um a reflexão orientada para a melhoria contínua da nossa forma de actuar, dos cuidados que nós prestamos, de forma a melhorar esses cuidados e evitar que nós com a nossa prática causemos

	<p><i><u>determinado tipo de erro, de forma a evitar o erro e no fundo de forma a evitar que façamos algum malefício nas pessoas que nós cuidamos (...) a pessoa tem que se sentir motivada a ela própria também querer melhorar.” E31; “É um <u>processo sistemático que envolve o acompanhamento próximo, é sempre uma reflexão que se estabelece entre o supervisor, de quem se espera um perfil e determinadas características para acompanhamento interpessoal e profissional de outro profissional, que ou está no início de carreira ou está numa fase de integração ou conforme o contexto da situação, em que dessa proximidade e dessa relação que se estabelece existe um suporte e maior facilidade, maior conhecimento, maior segurança não só a nível interpessoal, de integração no próprio serviço mas também a nível dos cuidados. E32; “Supervisão clínica é um meio de <u>ajudarmos e de conseguirmos desenvolver nos enfermeiros e nos estudantes de enfermagem competências para melhor prestação de cuidados. Tem relação directa com a qualidade da prestação de cuidados.” E34; “As pessoas sentem que é realmente uma necessidade fazer-se isto, haver uma supervisão, haver alguém que veja os problemas, vamos trabalhar neste problema e naquele, é preciso isto. Porque há necessidades.” E35</u></u></u></i></p>
<p>Investir em formação pós graduada em SCE</p>	<p><i>“Mas já <u>tem lá algumas pessoas que se interessaram</u> e penso que algumas, algumas das que estão supervisoras do [serviço X] <u>estão a fazer a supervisão</u> [curso de pós graduação em SCE], a [Z] está a fazer, a [K] está a fazer, penso que mais alguém está a fazer, não tenho a noção de toda a gente.” E19; “E nós <u>tivemos a nossa pós graduação</u> [em supervisão clínica].” E26; “Foi exactamente na formação inicial [formação inicial feita pela investigadora] que eu me apercebi da supervisão clínica, e tanto foi, que até <u>fui fazer o curso de pós graduação</u> portanto acho que se nunca a enfermeira Sandra tivesse vindo cá...” E34</i></p>
<p>Cultura de supervisão</p>	<p><i>“A <u>supervisão clínica é importante para os enfermeiros de cinco, de dez, de quinze anos, para os recém – formados é igual.</u>” E21; “Em termos de</i></p>

avaliação, a avaliação, necessariamente, é uma avaliação positiva. Agora se me disser assim pode-se fazer mais e melhor, acredito que sim. Acredito que sim porque também começamos do zero, é preciso ter esta noção, as pessoas do zero começaram a ter um comportamento, até porque agora era muito normal a reunião, ou seja, nesta fase final a reunião da supervisão já era uma rotina, como outra reunião qualquer. Já era: 'Quando é que tens a reunião da supervisão? Quando é que tens a reunião?' já era algo que fazia parte da prática não era nada que estava para além de, e tudo isso também é positivo." **E22**; "Foi uma fase para as pessoas se habituarem para as pessoas começarem a ganhar confiança com estas coisas que no fundo a gente até pode saber as coisas porque leu, porque ouviu falar, porque até vêm as coisas da Ordem e até nos dizem e porque até fomos a formações da supervisão e isso até é uma coisa mas depois trabalhar com estas coisas faz com que as pessoas ganhem confiança com as coisas, eu acho que nós estamos nessa fase (...) se nós continuássemos era bom porque por um lado, nós toda a vida precisámos de modelos e precisamos de pessoas que nos ajudem (...) eu acho que se calhar se nós continuássemos nesta forma acho que sim, acho que as coisas que iam tomar, começam a tomar, porque já se vê pequeninas coisas. Já se viu que é proveitoso e que se calhar é por aí o caminho, acho que as pessoas estão a começar a ter uma cultura de supervisão. Se calhar quem vem de novo agora e se for integrado num grupo de supervisão seja ele qual for e como for, se calhar é assim, é natural (...) quem vem novo, já existe (...) está-se a começar a ganhar o hábito de falar nestas coisas. (...) logo a primeira coisa, eu acho que contribuiu para isso, para a cultura de supervisão. (...) Acho que seria importante assim como nós aqui em pouco tempo notamos algumas melhorias por pequeninas que sejam, até notamos algumas melhorias, se calhar se fizesse parte, se estivesse implícito na profissão, se calhar as melhorias ainda seriam mais, é assim seria normal, acabava por ser uma coisa normal, natural

	<p><u>da profissão, acho que era importante.” E24; “As pessoas estão mesmo, aquelas pessoas que estão motivadas, que estão realmente motivadas <u>querem continuar a fazer, a trabalhar.” E25</u></u></p>
<p>Segurança</p>	<p>Os <u>benefícios foram sem dúvida conseguir implementar (...)</u> estou-me a lembrar do <u>método de enfermeiro responsável</u>, que eu já andava, andava, andava e não consegui. Confesso que não consegui. De manhã eles vinham às vezes, mas era um dia (...) e eles agora fazem uma referência do modelo, e mais, e gostam que é o mais interessante – ‘porque <u>eu agora sei aquilo que faço!</u>’.” E20; “Eu acho que este modelo está bom (...) porque isto realmente <u>leva a que as pessoas se consciencializem dos erros e se motivem para melhorar, os cuidados, o seu comportamento, a atitude até com os colegas.” E21; No fundo, é aquela <u>prática pela evidência</u>. É o <u>exercício da prática baseada na evidência que tem que ser a cultura cada vez mais utilizada.” E22; “Diminuir o risco, o erro e tudo mais é por aqui, se calhar é pela supervisão.” E24; “A via da resolução, de tentar resolver, de tentar compreender, de tentar perceber tanto a dinâmica do grupo porque nós temos no serviço a comunicação principalmente, e a admissão de doentes, levar doentes, de colheitas, de maneiras de trabalhar (...) e ali <u>falha muito a comunicação e então acho que isso foi muito bom para as pessoas perceberem como é que se trabalha (...)</u> e de que forma é que podem chegar a um entendimento em primeiro lugar, <u>o utente não ficar lesado e principalmente para haver um pouco a harmonia mesmo no trabalho (...)</u> mas também há exceções, <u>haver a comunicação que muitas vezes não há, não é o autoritarismo, é comunicar e conversar e negociar, portanto, nesse aspecto foram feitos avanços.” E25; “Nós vamos moendo em silêncio e vão-nos magoando (...)</u> o que as pessoas disseram no fundo é aquilo que vai <u>matando em silêncio, que vamos remoendo e isso vai-nos provocar desmotivações, e ficamos seres passivos (...)</u> estes seis meses, realmente considero que foram pouco tempo (...) <u>todas as pessoas partilharam coisas que as fizeram sentir</u></u></u></p>

mal, sentir menos bem ou que viram que estavam menos bem e que puderam partilhar em grupo e falar abertamente e não estar pelos corredores ou então a isolar-se que é o que vai acontecendo individualmente, as pessoas que têm alguns problemas vão-se isolando e ficam-se por ali.” E26; “Até eu, me apercebo agora a deitar atenção a coisas que não valorizava (...) agora nas gavetas, só que ninguém ligava a isso, começa a vir um soro fisiológico de 100 cc juntamente com [x] e porque será? (...) Se fosse noutra altura ninguém ligava, nós diluímos a [x] em água destilada, porque é que vem o soro? Liquei à farmácia, a farmácia explicou porquê (...) e o que é que eu fiz, pedi a bula, pedi tudo e pus no serviço e disse é para passar, é para toda a gente ler (...) eu acho que estão mais atentas e que ajudou um bocado a reflectir e a pensar em alguns cuidados que eram prestados e que ajudou a reflectir e as pessoas a dizer realmente alarmou e chamou à atenção (...) foi positivo nesse aspecto desde que começou (...) foi positivo muitas pessoas conseguiram reflectir nos cuidados que prestam e achar que, e há coisas simples, já vi pessoas que nós fomos falando nas reuniões, que faziam [procedimentos] sem se equiparem, não punham uma bata e nós como fomos falando nisso nas reuniões [sessões] e já tivemos pessoas a vestirem-se, aquilo ouviram e aperceberam-se que não estavam a fazer mesmo sem ninguém ter dito és tu, e já vi pessoas de bata vestida, de touca.” E27; “Pelo facto da supervisão estar implementada veio-nos dar este empurrãozinho do pensar até ao agir (...) conseguimos uma coisa que trabalhávamos há muito, que foi implementar um novo método de trabalho, que é o método individual (...) quando a equipa viu que o método individual, sentiu que isto era o melhor para o serviço, a nível de conhecer melhor os nossos doentes, a organização do nosso tempo, e eu falo por mim, não saímos daqui tão cansados como se víssemos tensões a trinta doentes, tirássemos medicação para trinta doentes. Eu acho que os ganhos foram maiores do que o mal que nós passámos para os

conseguir. Foi o grande ganho com a supervisão clínica, foi a mudança da metodologia de trabalho e as pessoas tomaram consciência de outros problemas, do serviço e começámos a discutir e tentar entre nós arranjar soluções, só que depois algumas coisas ficam no papel ou no pensamento. (...) nós estamos a agitar muitas coisas que estavam adormecidas em todos nós. ” E28; “Já trouxe muita coisa boa e o método de trabalho e o acharem importante o mudar o método de trabalho, apesar que ainda há quem continue, mas prontos, mudar algumas coisas eu acho que já foi e ter consciência de – foi bom.” E29; “Evitar os erros.” E30; “O erro existe, as más práticas existem, nós não podemos achar que estamos num estado de graça e, isto é um instrumento que pode contribuir para a diminuição das más práticas, do erro e para contribuir para uma melhoria da imagem da própria profissão.” E31; “Nem que tenha sido pela mudança do método de trabalho acho que por aí já valeu muito. (...) A supervisão clínica é um dos mecanismos de segurança directa dos cuidados.” E32;

Qualidade

“Isso [padrões de cuidados] era uma coisa que era muito importante até porque eu tinha queixas das utentes precisamente sobre o ensino porque o ensino não era coerente (...) isso faz muita confusão às pessoas, muita confusão, muita, muita, isso era uma referência (...) basta ter um quião e dizer assim é isto que se diz (...) isso está e penso que vai continuar e era um dos indicadores que nós tínhamos dos padrões da Ordem era o ensino, precisamente por causa dessas incoerências.” E19; “Acho que o grupo neste momento, aceitou bem, quer os supervisados e os supervisores também conseguiram encaixar, e eles todos, todos eles, engraçado, estão todos a trabalhar para um objectivo comum, que é a melhoria dos cuidados, os protocolos, a melhoria da organização do serviço, sei lá, eles estão todos motivados para o mesmo objectivo. Cada um dentro do seu tema mas todos motivados (...) demonstra que realmente houve uma interligação.” E20; “Situações de prática que estavam a incomodar ou que estavam a

acusar algumas dúvidas ou precisavam de ser esclarecidas ou uniformizadas, essas questões foram levadas para as reuniões (...) e acabou por funcionar aquilo que eu sempre defendi, que eram sessões [SCE] que também poderiam servir para de facto em termos de prática, haver uma prática profissional melhor, e aí eu acho que funcionou muito, sinceramente.” E22; “Só havendo entre as pessoas um à vontade grande para expor estas situações também em termos de grupo é que se podem também alterar práticas (...) foi discutido numa reunião da supervisão, porque quando os pares estão todos a falar do mesmo, isto pode ser numa reunião de chefia pode ser dado esta indicação, pode ser dada de uma forma de chefia para os colaboradores e outra coisa é quando os próprios colaboradores quase se auto-regulam porque verificam que a pessoa até nem está a fazer aquilo e que não é correcto.” E22; “A forma de nós começarmos a prestar cuidados de qualidade é por aqui, no fundo, com tudo o que isso acarreta (...)” E24; “A supervisão é uma mais valia e se calhar, vai-se trabalhar para uma enfermagem melhor e certos hábitos que estão enraizados nos enfermeiros e que alguns deles não são os mais correctos (...) com a supervisão nós iremos trabalhar de uma maneira a melhorar os nossos cuidados.”E28; “Todo este tipo de processo em que há um acompanhamento, em que há um objectivo, que é melhorar a qualidade, ultrapassar obstáculos sempre com vista a que as pessoas tenham um melhor desempenho (...) se temos um modelo muito bom é claro que a sua implementação tem que dar bons resultados e isso viu-se através de facto do feedback que nós tivemos por parte dos supervisores e dos supervisados, perante o interesse dos supervisados em participar nas próprias reuniões e de trazerem para as reuniões de facto aquilo que era importante e que pelos vistos contribuiu já para a valorização e melhorar os cuidados dos próprios supervisados, viu-se que de facto houve muita adesão por parte dos supervisados e interesse (...) só temos um resultado muito positivo, um resultado bom

muito bom porque não tivemos um descuidar por assim dizer das partes que estavam envolvidas, tivemos de facto, um reforço das partes envolvidas e que foi positivo. (...) O contributo que este modelo e esta aplicabilidade do modelo, como já se reparou, como já se viu pela aplicabilidade dele, ajuda a melhorar o trabalho em equipa, ajuda a melhorar, eu acho que até ajuda a melhorar muitas das vezes conflitos em equipas de enfermagem, ajuda a melhorar os cuidados de enfermagem. (...) a supervisão de pares (...) é precisamente para melhorar a qualidade, (...), termos aqui uma progressão, para vocês serem os melhores profissionais possíveis.” **E30**; “Com base nos resultados que nós tivemos eu acho que este modelo foi bem construído, foi bem construído. É um modelo pertinente, é um modelo, é uma mais valia neste momento para o desenvolvimento profissional (...) por isso este modelo, para mim, de facto é, foi bem organizado, foi bem elaborado, por isso eu se fosse a dar uma nota a este modelo, dava uma nota de muito bom.” **E30**; “Se a instituição tiver um bom resultado, quase todas as instituições agora trabalham para a qualidade, isto é um comboiinho, a instituição está a ter benefício, se a instituição tiver benefício, tem patrocínios, tem melhor investimento na própria instituição, se tem mais investimento o prestador de cuidados vai ter outras condições para trabalho, o doente sai beneficiado no meio disto tudo.” **E30**; “A supervisão clínica é um passo à frente em termos da evolução da melhoria dos cuidados. (...) Acho que houve contributo de várias pessoas em termos de disponibilidade, em termos de abertura em termos de querer melhorar (...) eu senti que foi um contributo muito decisivo para que as coisas atingissem este nível de implementação.” **E31**; “Em relação à técnica de incidentes críticos [folha de registo de experiências/situações significativas] posso dizer que para mim enquanto supervisada foi muito útil e acho que devia ser aplicada até com maior regularidade nos serviços (...) nós para passarmos para o papel aquela situação do incidente crítico que vamos

a analisar e depois ajuda-nos a reflectir realmente sobre o incidente crítico mediante aqueles parâmetros todos e ajuda-nos a definir estratégias para melhorar, para melhorar em termos de relações interpessoais, de grupo, para melhorar em termos de prestação de cuidados, para melhorar na globalidade porque muitas vezes os incidentes críticos acontecem e o que se faz 'é aconteceu, deixa lá'. Eu acho que é uma estratégia muito importante e acho que em termos de relação directa com a qualidade, existe. Se for bem aplicado e se as pessoas realmente reflectirem e forem ajudadas a reflectir isto acho que pode, que tem uma potencialidade muito grande (...) acho que o modelo que utilizou que teve repercussões positivas e acho que funcionou." E34; "Melhor ambiente, melhor ambiente de equipa, melhores cuidados, melhorar os cuidados, melhorar o ambiente de equipa. Não há nem A nem B nem C. O grupo tem que fazer assim e vamos trabalhar para que possamos estar todas de igual, para melhor exercício profissional e melhores resultados, o que interessa é quem vai beneficiar com melhor trabalho, melhor formação, melhor ambiente, não é? Ao fim e ao cabo isto vai tudo ter ao utente, isto acaba sempre ali." E35

Satisfação

"Exatamente, não houve conflito e houve colaboração. A percepção que tenho é que houve colaboração. Houve bastante colaboração (...) estou contente por isso (...) agora, junto com os serviços, pareceu-me que o feedback que eu tive disso foi sempre muito bom, não tenho, não tenho nenhuma informação de que foi mal aceite, nenhuma mesmo (...) no geral a avaliação é muito boa, eu gostei, gostei bastante da forma como as coisas avançaram e daquilo que me foi transmitido, que me foi sendo transmitido. (...) Agradeço imenso (...) às vezes havia algumas vezes que me diziam 'ai tantos inquéritos, tantos questionários, tantos não sei o que' mas eu acho que era importante as pessoas estarem e nunca tinha acontecido nenhum doutoramento e para já é uma área que eu aprecio particularmente porque acho que é importante e achei e

agarrei com unhas e dentes, digamos assim, isto, e pronto andou, na medida do possível andou, houve também colaboração das pessoas e acho que foi muito positivo do ponto de vista dos serviços e até mesmo do Conselho [de Administração] foi muito bom e eu também fico contente e quero assistir à defesa da tese.” E19; “Motivou-os, alteraram alguma orgânica do serviço, foi óptimo, foi excelente, coisas que nós já estávamos a tentar implementar há montes de tempo (...). No global, excelente (...) foi lançada a semente que estava muito muito necessitada disso. (...) Sou capaz de às vezes chegar às 3 horas e estou aqui no serviço e a ouvir porque eles andam à volta do trabalho e estou aqui a ouvir e acho giríssimo. Mas há um entusiasmo que neste momento era fácil perceber e uma certa motivação (...) isto veio-lhes trazer assim uma lufada de ar fresco e eu acho que foi bom. (...) Acho que isto é uma mais-valia para quem está no serviço, e para todos os profissionais, que vêem as coisas muito mais, mais observação, para eles mesmo, é óptimo, que eles crescem muito (...) no global - excelente - numa palavra só. É assim, no meu serviço, dos outros não posso falar, isto foi excelente, a Sandra lançou a semente (...) realmente isto é para nosso bem, é para bem da equipa, é para bem do serviço e que se todos juntos trabalhássemos para isto, todos juntos íamos lucrar mais e acho que no fim foi essa ideia que acabou por ficar.” E20; “Em termos dos supervisores, a motivação é sempre importante (...) estavam motivados e que fizeram o seu trabalho (...) as pessoas às vezes dão mais do que aquilo que lhes é até pedido e acho que se calhar até foi isso que muitas vezes aconteceu. (...) Para mim foi um prazer muito grande (...) da parte que me toca, sabe bem o quanto passei portanto acompanhou um bocadinho o processo e ainda mais me sinto bem, porque o facto de ter sido escolhida foi um gozo muito grande também, percebe, como serviço.” E22; “Sinto que eles estão motivados no que estão a fazer (...) e nota-se que eles estão motivados e estão contentes e é uma mais-valia, é uma coisa de muito interesse para o nosso serviço, e que

também nasceu disto e gostei (...) agradeço a oportunidade, gostava de ter feito mais do que o que fizemos.” E25; “Eu gostei e acho que foi positiva e continuo a dizer que foi muito positiva (...) eu acho que estamos todas contentes, apesar de eu noutra dia dizer à [D] nós não fizemos nada, e depois dissemos assim, fazer fizemos, mas queríamos mais. É que nós começamos a dizer que não íamos fazer nada e depois queríamos mais.” E27; “Um modelo, coisa palpável é a primeira vez, mas cá está, se eu escolhi isto, se me senti motivado para a supervisão agora tenho uma coisa que de facto em que estou a trabalhar e gostei. Gostei muito, gostei muito. Só peço desculpa pelas minhas falhas.” E30; “É muito importante criar motivação e criar liderança dentro do grupo (...) se houver uma liderança que saiba motivar as pessoas (...) as pessoas fazem as coisas com gosto, por realização pessoal, para contributo da melhoria das coisas e acho que isso também foi conseguido pela Enfermeira Sandra e acho que também é legítimo e é a altura certa também para o dizer e isso também criou em nós aquilo que é o motor de tudo, que é a motivação (...) agora fico contente que realmente tenha podido contribuir porque foi esse o meu objectivo.” E31; “Pessoalmente eu gostei imenso porque é um assunto de que eu gosto, foi mais um momento de partilha e de discussão e de ter ideias novas e de tentar mudar alguma coisa, que infelizmente não está bem no serviço e acho que foi fundamental.” E32

Quadro 49 - **Sugestões:** 'aumentar ao tempo'

Quadro 49 - Sugestões: 'aumentar ao tempo'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Aumentar ao tempo</p>	<p><i>“[SCE] não é só no espaço da supervisão clínica de seis meses, <u>é um por um período enquanto o serviço estiver aberto e as pessoas quiserem.</u>”</i></p> <p>E21; <i>“Até faz sentido posteriormente que <u>esses espaços sejam mensais (...)</u> como espaços de reflexão que pudessem funcionar e que estivessem integrados dentro de uma prática habitual da equipa. Por isso se calhar se nós tivéssemos esta cultura.”</i></p> <p>E22; <i>“Se calhar os 6 meses realmente, na altura <u>vê-se 6 meses, mas depois chega-se agora e prontos, não é muito, realmente (...)</u>”</i></p> <p>E23; <i>“<u>O primeiro mês que era de adaptação não foi suficiente, acho que suficiente era os seis meses (...)</u> acho que a supervisão devia estar a começar agora, acho que <u>estes seis meses é que deviam ter sido de preparação, acho que de preparação é que deviam ter sido estes seis meses.</u> Claro que a gente entende que para o estudo não seria viável estar seis meses para as pessoas se ambientarem. (...) <u>Se for para o hospital começar agora, se calhar estes seis meses do estudo da Sandra se poderiam considerar os seis meses de adaptação</u> como foi o primeiro mês, se calhar eu acho que agora está-se a começar e ao início não foi fácil. (...) Não é só a partilha de conhecimentos a nível técnico mas também o saber ajudar os outros a crescer a nível do saber estar e a nível das capacidades humanas das outras pessoas (...) é ajudar os outros a evoluir no sentido da qualidade e da excelência, da qualidade dos cuidados. ”</i></p> <p>E24; <i>“Da avaliação eu acho o modelo interessante, acho que está muito bem estruturado (...) foi uma mais-valia (...) está muito adequado à nossa realidade, só tenho pena de não continuar, <u>devia ser doze meses (...)</u> já sei que não vai acabar mas ficava triste se acabasse. (...) É uma ferramenta muito importante para a qualidade dos cuidados, sem dúvida (...) e para diminuir os conflitos intra - grupo e inter - serviços.”</i></p> <p>E25; <i>“<u>Entre as sessões ter tempo para nos reunirmos (...)</u> devíamos ter mesmo marcado se houvesse entre uma reunião e outra marcar as</i></p>

reuniões para os supervisados se juntarem e trabalharem, porque se não houver nada marcado é difícil juntar o grupo e de trabalhar (...) o ideal era marcar entre as reuniões da supervisão, estar agendado mesmo encontros com os supervisados porque se não estiverem agendados é muito difícil de gerir (...) Acho que houve alguma limitação, parece que meio ano é muito, mas não é (...) acho que o pior foi o tempo, a limitação do tempo (...) o meio ano foi muito pouco tempo. Foi muito pouco tempo. (...) Se são dadas as horas, as pessoas estão motivadas para começar, para trabalhar, e para... eu acho que ajudou um bocado também a motivar e as pessoas dizerem o nosso trabalho não é só chegar aqui trabalhar 7 horas e ir embora. Acho que sim porque o meio ano foi muito pouco tempo. Foi muito pouco tempo (...) era preciso mais tempo para nós conseguirmos realmente fazer mais (...) nós queríamos chegar ao fim com alguma coisa. [6 meses]. É muito pouco. A parte negativa foi esta mesmo do tempo.” **E27**; “Seis meses é muito pouco, muito pouco, e o facto de às vezes não depender só de nós, nós até temos as ideias, sabemos o que é que queremos fazer mas depois não há orçamento ou não há um empurrão até da direcção para que as coisas mudem.” **E28**

Quadro 50 - **Sugestões:** 'candidatura a enfermeiro supervisor clínico'

Quadro 50 - **Sugestões:** 'candidatura a enfermeiro supervisor clínico'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Candidatura enfermeiro supervisor clínico	a <i>“Eu sou sempre apologista dos <u>processos de candidatura</u> (...) tem que <u>haver uma motivação e um interesse da pessoa para o desempenho depois daquela função</u> (...) isto acaba por ficar legitimado até porque os <u>outros que não concorrem</u>, estão excluídos porque não estão interessados, mostraram logo que não estavam interessados ao não concorrerem e <u>as pessoas que concorrem mostram a motivação também para isso</u>, acaba também por ser um processo.” E22</i>

Quadro 51 - **Sugestões:** 'comparticipação da instituição na formação em SCE'

Quadro 51 - **Sugestões:** 'comparticipação da instituição na formação em SCE'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Comparticipação da instituição na formação em SCE</p>	<p><i><u>“A formação [pós graduada] deve ser participada por quem também vai beneficiar dela, no caso o CHMA, ou seja, não quer dizer que os enfermeiros não devam fazer um investimento pessoal, o que eu acho é que também é importante que haja da parte da instituição alguma abertura (...) um contributo é em termos de facilidade de horário, em termos de dispensa de serviço e se acharem que devem dar algum tipo de ajuda – isso ainda seria mais relevante, mas, acho que deve haver uma postura adequada do CHMA relativamente a esta situação, porque há em relação a outras, às tantas em termos de utilidade para os serviços não são tão directas como penso que esta tem.” E31</u></i></p>

Quadro 52 - **Sugestões:** 'continuação/alargamento da SCE a outros serviços/instituições'

Quadro 52 - **Sugestões:** 'continuação/alargamento da SCE a outros serviços/instituições'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Continuação/ alargamento da SCE a outros serviços/ instituições</p>	<p><i>“Isto é muito importante daí que eu acho que <u>as coisas não podem ficar só pela obstetrícia e pela medicina e pela pediatria mas têm que avançar e tem que ser um projecto concertado</u>, dizer assim olha <u>vamos avançar para este serviço e para aquele</u> porque isto é importante e irmos buscar a experiência dos outros, acho que é muito importante.”</i> E19; <i>“Isto <u>era de continuar e acho que era de alargar pelos outros serviços.</u>”</i> E20; <i>“A nível deste Hospital eu acho que <u>devia continuar e implementar em todos os lados</u>, porque isto realmente leva a que as pessoas se consciencializem dos erros e se motivem para melhorar, os cuidados, o seu comportamento, a atitude até com os colegas.”</i> E21; <i>“<u>Deixar-se ali qualquer coisa para eles continuarem</u> acho que era muito importante. Para não dizerem o projecto acabou, o doutoramento acabou, agora vamos fazer tudo como já estava antes (...) deixei ali realmente uma semente (...) a Sandra ou alguém que pudesse estar na supervisão clínica volta e meia dizer assim, ‘vamos ter uma reunião novamente com eles para ver como é que eles estão’ sem compromisso de doutoramento.”</i> E19; <i>“Se continuarmos se calhar é a forma de mudarmos aqui (...) levou-nos a ter consciência que nós estávamos muito mal, porque eu acho que nós dantes nem sequer as pessoas tinham a consciência disso e <u>acho que sim que devia continuar.</u>”</i> E24; <i>“<u>Acho que era de aproveitar o arranque, e continuar (...) fazíamos bem em continuar.</u>”</i> E27; <i>“<u>Havia de haver mais, agora continuar.</u>”</i> E29; <i>“Já tinha uma ideia de supervisão clínica sem ter esse nome e acho que é muito importante <u>em todos os hospitais haver um programa estruturado</u> que leve os enfermeiros a pensar no que estão a fazer e na forma como estão a fazer.”</i> E21; <i>“<u>É um modelo que pode ser perfeitamente replicado (...) seja em que circunstância e em que hospital for</u>, por exemplo e eu acho que ele pode, que pode porque está bem construído (...) claro que pode ser sempre melhorado, mas isso mal</i></p>

de nós se nós não quiséssemos melhorar no fundo aquilo que vamos construindo (...) para algo que não existia pode perfeitamente ser replicado e reproduzido noutra circunstância e noutro hospital, noutro sítio qualquer, num centro de saúde, não vamos estar a falar só de estruturas hospitalares."E22; "Continuar e implementar noutras instituições." E35

Quadro 53 - **Sugestões:** 'delegação de funções'

Quadro 53 - **Sugestões:** 'delegação de funções'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Delegação de funções	<i>“Há pessoas lá dentro que por via disto fizeram a pós graduação e são vários não é uma ou duas, <u>é pegar nessas pessoas e dizer assim ‘olha vocês têm isto e agora têm este trabalho pela frente’.</u>” E19;</i>

Quadro 54 - **Sugestões:** 'divulgação da investigação'

Quadro 54 - **Sugestões:** 'divulgação da investigação'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Divulgação da investigação</p>	<p><i>“A divulgação e a transmissão desta experiência que eu acho que é muito importante para o Centro Hospitalar e desmistificar porque isto mais tarde ou mais cedo vai avançar e o Centro Hospitalar já tem uma mais valia de ter tido ali alguma coisa que lhe deu conhecimento.” E19;</i></p> <p><i>“Há necessidade de mostrar ao resto da Instituição, de facto, o trabalho que foi feito, que as pessoas não têm muita noção e as chefias têm um conhecimento limitado também das coisas (...) era as pessoas dos próprios serviços intervenientes, chegarem e irem falar e elas ficariam todas contentes com isso e acho que seria interessante partilhar isso com os outros serviços porque as pessoas às vezes não têm muita noção do que de facto foi feito.” E22</i></p>

Quadro 55 - **Sugestões:** 'formação'

Quadro 55 - Sugestões: 'formação'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Formação	<p><i>“Os supervisores deviam ter nem que se chamasse <u>uma mini formação</u>, para os próprios supervisores estarem esclarecidos e não até fazerem descair ou falarem assim não tendo a certeza e descair algum tipo de preocupação ou até mesmo de ideia errada que tenham adquirido.”</i></p> <p>E25; <i>“Acho que <u>as pessoas deviam ter todas formação de supervisão</u>. Quer aqueles que vão fazer supervisores, quer aqueles que vêm para <u>ser supervisados</u>, que é para depois não haver ali uma discrepância, nem o supervisor estar ali a ter uma atitude de supervisor e depois quem está a ser supervisionado também acha que está a ser avaliado, acha que aquela pessoa está ali a tentar incluí-lo ou excluí-lo do serviço e acho que <u>mesmo para quem está na escola ainda no curso de licenciatura base já devia ter formação em supervisão clínica.</u>”</i> E26</p>

Quadro 56 - **Sugestões:** 'intervenção do enfermeiro supervisor clínico *major*'

Quadro 56 - **Sugestões:** 'intervenção do enfermeiro supervisor clínico major'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Intervenção do Enfermeiro Supervisor Clínico Major</p>	<p><i>“Os supervisores major devem ter um papel um bocadinho <u>mais interventivo</u> (...) dava ao supervisor uma capacidade ou uma visão mais real da situação de forma a poder intervir, porque eu acho que o <u>supervisor major</u> não deve funcionar só como uma pessoa para avaliar a postura dos supervisores, <u>deve ter uma intervenção também na melhoria da supervisão</u> (...) a postura do supervisor pode melhorar ao <u>conhecer mais o contexto</u>, por isso é que eu não excludo de toda a possibilidade do <u>supervisor major ir ao terreno</u>. Não ficar só pelas <u>reuniões</u>, agora é verdade que é um outsider no terreno, pelo menos inicialmente, tem que haver alguma sensibilidade e tem que a pessoa saber estar ou ausentar-se em determinado tipo de situações.” E31</i></p>

Anexo 75

Quadro 57 - **Sugestões:** 'meios'

Quadro 57 - **Sugestões:** 'meios'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Meios	<p><i>“Se a <u>[sala de reuniões]</u> estivesse <u>por nossa conta estava bem.</u>” E25;</i></p> <p><i>“Possibilidade das pessoas no site do CHMA <u>poderem fazer determinado tipo de comentários.</u> (...) O que <u>devíamos era ter um sítio fixo,</u> preferencialmente <u>devíamos ter um sítio fixo</u> (...) no fundo funciona como uma certa <u>identificação.</u>” E31</i></p>

Quadro 58 - **Sugestões:** 'obrigatoriedade da SCE'

Quadro 58 - **Sugestões:** 'obrigatoriedade da SCE'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Obrigatoriedade da SCE	<p><i>“Há uma situação que eu faria de início, ao assumirmos uma situação destas <u>negociava logo com as pessoas isto ser uma situação mandatária e foi isso que falhou (...)</u> essa situação ser logo de início dita <u>‘meninos isto é para fazer e não é para as pessoas andarem aqui a brincar’.</u>” E19; <u>“Deveria ser de carácter obrigatório (...)</u> aqui também foi de carácter obrigatório mas pronto <u>alguém que dissesse ‘eu não quero’</u> isso não poder acontecer. <u>Fazer de forma a que as pessoas não dissessem ‘eu não quero’.</u> Também têm que vir trabalhar e também não dizem eu não quero (...) <u>ser enfermeiro implica estar num processo de supervisão (...)</u> são as regras do jogo, vou trabalhar, escolhi ser enfermeira e isto faz parte. <u>Escolhi ser enfermeira, a supervisão fazia parte.</u>” E24</i></p>

Quadro 59 - **Sugestões:** 'organização das equipas'

Quadro 59 - **Sugestões:** 'organização das equipas'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
Organização das equipas	<p><i>“Para que as pessoas tenham consciência da importância da supervisão em enfermagem <u>são importantes equipas em que existam elementos de referência, equipas de enfermagem, ou seja, equipas heterogéneas em termos de idade e em termos de conhecimentos.</u> As próprias equipas dos serviços.” E22; “Se nós <u>dilíssemos estas pessoas todas era mais fácil, era mesmo em cada grupo, os mais velhos davam mais estabilidade ao grupo e as coisas acabavam.</u>” E24</i></p>

Quadro 60 - **Sugestões:** 'papel do enfermeiro chefe'

Quadro 60 - Sugestões: 'papel do enfermeiro chefe'

Categoria	Unidades de contexto/Unidades de registo
<p>Papel do enfermeiro chefe</p>	<p><i>“Devia haver uma <u>intervenção maior dos chefes dos serviços (...) devem estar nas reuniões que estavam programadas que eles estivessem, não mais (...) devem estar na reunião, que foi o que esteve sempre agendado, com os supervisores, alguns deles faziam parte do focus group (...) senti falta que lá [focus group] estivessem mais vezes, honestamente e sinceramente. Não sei o que é que foi passado aos chefes em termos de projecto mas se foi passado depois não houve o feedback a seguir, às tantas <u>da próxima vez</u> ainda tem que ser um bocado mais trabalhada esta questão para que eles percebam que <u>têm que envolver e têm que motivar as pessoas para que elas vão aderir.</u>”</u></i></p> <p>E31; <i>“O <u>ideal seria que os chefes destinassem o horário (...) o ideal era ter essas horas no horário e vir como se fosse para trabalhar, isso é a situação ideal para quem está no papel de supervisão (...) chefes, quem tem já conhecimentos da supervisão dentro da própria equipa tem que se calhar, <u>se tiver uma postura mais activa na divulgação do que é a supervisão e o que é que se pretende se calhar envolvia melhor a equipa desde o início. (...) se os chefes ou se os responsáveis derem mais importância mais facilmente compreendem e facilitam o processo.</u>”</u></i> E32</p>

