

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

**A SUPERVISÃO CLÍNICA NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO
DE ENFERMEIROS**

DISSERTAÇÃO DE Mestrado

Dissertação académica orientada pela
Prof.(a) Doutora Margarida Reis Santos
e coorientada pela
Prof.(a) Mestre Regina Pires

Ana Isabel Tavares Carvalho

Porto | 2016

Dedico este trabalho,

*Aos meus melhores amigos e conselheiros, os meus Pais, pela sua
dedicação incondicional...*

*Ao André, companheiro de todos os momentos, pelo seu amor e
compreensão...*

À minha Irmã, pelo seu incentivo e apoio.

AGRADECIMENTOS

"Cada um que passa na nossa vida passa sozinho, pois cada pessoa é única, e nenhuma substitui outra. Cada um que passa na nossa vida passa sozinho, mas não vai só, nem nos deixa sós. Leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo. Há os que levam muito; mas não há os que não levam nada. Há os que deixam muito; mas não há os que não deixam nada. Esta é a maior responsabilidade da nossa vida e a prova evidente que duas almas não se encontram ao acaso."

Saint-Exupéry

À Professora Doutora Margarida Reis Santos e à Professora Mestre Regina Pires, por terem aceite a orientação desta dissertação, pela sabedoria, disponibilidade, estímulo, apoio e dedicação constantes.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, por me inculir o gosto pela formação contínua, pelo rigor e profissionalismo.

Ao Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga e a todas as colegas Enfermeiras, que participaram nesta investigação, pela disponibilidade, generosidade e contributo imprescindível.

À colega de caminhada académica, Catarina Sales, pela amizade, companheirismo e momentos de partilha.

À Enfermeira Maria dos Anjos, pela simpatia, ajuda e amabilidade.

Ao Luca pelo apoio incondicional, incentivo e motivação insubstituíveis.

À minha família por me incentivar sempre a ir mais além. Por valorizar e confiar no meu trabalho!

A todos a minha gratidão e reconhecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHEDV - Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Cit. por - Citado por

E.P.E. - Entidade Pública Empresarial

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Et al. - (*et alli*): e outras

NHS - National Health Service

OE - Ordem dos Enfermeiros

QeS - Qualidade em Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiros

S.d. - Sem data

SC - Supervisão Clínica

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	27
1.1 Pertinência do Estudo	28
1.2 Questão de Partida	29
1.3 Finalidade e Objetivos	30
1.4 Tipo de Estudo	31
1.5 Contexto do Estudo	32
1.6 Grupo de Participantes	35
1.7 Instrumento e Processo de Recolha de Dados	36
1.8 Procedimentos de Análise de Dados	38
1.9 Considerações Éticas	41
2 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	45
2.1 Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes	45
2.2 Vivências do Processo de Integração	48
2.3 Percepções sobre o seu Processo de Integração	96
2.4 Enfermeiro Supervisor	109
CONCLUSÃO	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
ANEXOS	143
Anexo I - Guião da Entrevista	145
Anexo II - Autorização Institucional para a Realização do Estudo	153
Anexo III - Informação ao Participante	157
Anexo IV - Declaração de Consentimento Informado	161
Anexo V - Quadro Síntese da Análise de Conteúdo	165

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Idade dos Participantes	46
Gráfico 2: Habilitações Profissionais dos Participantes	46
Gráfico 3: Experiência Profissional	47
Gráfico 4: Experiência Profissional no serviço	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Vivências do Processo de Integração	51
Quadro 2: Percepções sobre o Processo de Integração	95
Quadro 3: Enfermeiro Supervisor	108

RESUMO

Na atualidade, as constantes mudanças sociais, profissionais e institucionais colocam grandes desafios às organizações, nomeadamente, na gestão dos seus recursos humanos.

O processo de integração é determinante no sucesso de adaptação do indivíduo à organização e, conseqüentemente, no seu desempenho, uma vez que promove a aquisição de autoconfiança no exercício das suas funções, a construção da sua identidade profissional e o desenvolvimento de competências.

É imperioso que a integração dos enfermeiros no contexto de trabalho seja orientada por padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, devendo ser criadas por parte das instituições, condições adequadas e tempo de integração necessários, de forma a promover o desenvolvimento de novas atitudes profissionais e a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados.

A Supervisão Clínica (SC) é um processo sistemático e contínuo que apoia e encoraja a melhoria da prática profissional, visando a autonomia gradual do supervisionado nos processos de tomada de decisão.

Este estudo teve como finalidade contribuir para a melhoria do processo de integração de enfermeiros.

Os objetivos delineados passam por analisar as experiências dos Enfermeiros recém-admitidos, relacionadas com o seu processo de integração no serviço; analisar a perceção dos Enfermeiros recém-admitidos sobre o seu processo de integração; identificar os fatores facilitadores e limitadores do processo de integração dos Enfermeiros

recém-admitidos; analisar a opinião dos Enfermeiros recém-admitidos sobre o perfil do supervisor clínico.

Para a consecução destes objetivos, realizou-se um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo. Os dados foram colhidos através de um guião de entrevista semiestruturada, aplicada a doze enfermeiras do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV).

No tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin (2011), tendo emergido três domínios: “Vivências do Processo de Integração”, “Perceções sobre o Processo de Integração” e “Enfermeiro Supervisor”.

A análise dos resultados obtidos permitiu concluir que os participantes reconhecem a importância da implementação de Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) nos contextos de trabalho e assumem-na como fundamental no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, na satisfação profissional e na qualidade dos cuidados prestados aos clientes, aspetos que concorrem para uma eficaz integração e adaptação no serviço.

A identificação de fatores facilitadores e dificultadores da planificação e organização do processo de integração em uso, assim como as sugestões de melhoria propostas pelos participantes, permitiram sugerir a adoção de estratégias que minimizem as limitações e otimizem as potencialidades de um programa de integração.

Palavras-chave: Enfermagem, Supervisão Clínica, Integração.

ABSTRACT

Currently, the constant social, professional and institutional changes present great challenges to the organizations, namely in the management of their human resources.

The integration plays a decisive role in the successful adaptation of individuals to the organization and, consequently, influences performance, as it promotes the acquisition of self confidence in the exercise of functions and the development of competences. It is essential that the integration of nurses in the working context is orientated by nursing quality standards and, therefore, organizations must provide proper conditions and the time in order to promote the development of new professional attitudes and the improvement of the quality of service provision.

Clinical supervision is a systematic and ongoing process that supports and encourages professional practice improvement and aims at the trainee's gradual autonomy in the decision making process.

The purpose of this study is to contribute towards the improvement of the integration of nurses.

The outlined goals are to analyse the experiences relating to the integration of recently admitted nurses; to analyse the perception of the recently admitted nurses on their own integration process; to identify the facilitating and the limiting factors that influence the integration of recently admitted nurses; and to analyse the opinion of recently admitted nurses concerning the profile of their clinical supervisor.

A qualitative study of exploratory and descriptive nature was

conducted. Data were collected through a semi-structured interview guide applied to twelve nurses from CHEDV.

A data content analysis was used, according to the model of Bardin (2011). Three domains emerged: “Experiences on the Integration Process”, “Perceptions of Integration” and “Nurse Supervisor”.

The analysis of the results obtained enabled the conclusion that the participants recognize the importance of the CSN implementation in the working context and assume it as a key factor for the development of personal and professional competences, for professional satisfaction and for the quality of the services provided for the clients, which are all aspects that contribute to an efficient integration and adaptation in the working context.

The identification of the facilitating and the limiting factors in planning and in the organization of the integration process in use, as well as the suggestions for improvement proposed by the participants, allowed the proposal of strategies to adopt which minimize the limitations and optimize the potential of the integration programme.

Keywords: Nursing; Clinical Supervision; Integration.

INTRODUÇÃO

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

O contexto atual das instituições de saúde exige aos enfermeiros uma atualização constante de saberes e de competências, que lhes permitam acompanhar a evolução científica e tecnológica, bem como as crescentes exigências das instituições e dos cidadãos, que requerem cuidados de saúde de qualidade.

A enfermagem representa uma parte significativa dos recursos humanos de uma organização hospitalar (Siqueira & Kurcgant, 2005). A constante e expressiva rotatividade dos enfermeiros nos serviços leva à frequente admissão de novos profissionais. Esta realidade, conjuntamente com as atuais políticas de gestão hospitalar, exige uma integração onde se impõe agilidade nas substituições, o que interfere com tempo e conteúdo dos programas de integração. Pela natureza das funções que desempenham, os enfermeiros necessitam de apoio e de suporte contínuo na sua prática, pelo que a SC é amplamente aceite como um pré-requisito essencial, no apoio às práticas clínicas (Cruz, 2008), através da reflexão, orientação e suporte profissional (Nadirshaw & Torry, 2004; Silva, Pires & Vilela, 2011).

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

A Ordem dos Enfermeiros (OE) assume a excelência do cuidar como referência e eixo estruturante das competências profissionais e reconhece publicamente, nas premissas do Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2010), a importância da inclusão da SCE nos contextos de prática clínica e o seu papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer nos processos formativos, quer nos processos de integração à vida profissional, contributo imprescindível à promoção de cuidados.

As crescentes exigências da OE, quanto ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros e certificação das suas competências, levantam várias questões, onde ressalta a integração dos novos profissionais de enfermagem no mercado de trabalho. Esta temática tem por base o desenvolvimento de competências dos enfermeiros de cuidados gerais, de forma a estarem aptos para assumirem o seu lugar na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar.

A integração na vida profissional exige aprendizagens técnicas, onde a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experimentação e a partilha de saberes, ao longo da vida profissional, em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia (Benner, 2001). Deste modo, no contexto da socialização num serviço de saúde, as ideias de Patrícia Benner, sustentadas no Modelo de Aquisição de Competências, permitem explicar, apoiar e refletir sobre as melhores opções para melhorar o processo de integração de novos profissionais, uma vez que a autora defende a existência de cinco níveis de desenvolvimento de aquisição de competências da prática clínica de

Enfermagem: iniciado/principiante, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, existindo uma evolução gradual e temporal.

O enfermeiro iniciado é aquele que inicia funções num serviço, sendo recém-formado, ou mesmo profissional com experiência, mas que desconhece ou não se encontra familiarizado com os objetivos e as rotinas inerentes aos cuidados prestados no novo serviço. Neste nível, o enfermeiro tem dificuldade em diferenciar os aspetos relevantes dos acessórios da situação, e de integrar o que é descrito nos livros nas situações da prática clínica. É, pois, fundamental dar a conhecer ao enfermeiro iniciado as normas e princípios do serviço, auxiliando-o na aquisição de experiências práticas para desenvolver as suas competências (Benner, 2001).

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

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

Um enfermeiro proficiente tem a capacidade de se aperceber das situações na globalidade e não em termos de aspetos isolados, sendo que as suas ações são guiadas por máximas, permitindo-lhe uma compreensão global de cada situação vivenciada. Através das diversas experiências anteriores, é capaz de antever o que se poderá passar e atuar de forma antecipatória (Benner, 2001).

O enfermeiro perito não necessita de estratégias de apoio à decisão, sendo capaz de entender de forma intuitiva cada problema que se lhe

apresenta e considerar alternativas à situação e à resposta com mais certeza e segurança, pela experiência e saberes adquiridos (Benner, 2001).

Neste sentido, as práticas de cuidados de Enfermagem assentam em diferentes tipos de conhecimento, onde a sua mobilização e função se encontram fortemente condicionadas, tanto pelo nível de competência adquirida (Benner, 2001) como pelos contextos onde executam as suas funções, sendo imperioso, refletir sobre a complexidade e responsabilidade da prática de enfermagem atual.

O enfermeiro que entra num serviço novo, com ou sem experiência profissional anterior, é considerado enfermeiro no nível de iniciado/principiante tendo, à partida, dificuldade em integrar-se na realidade do novo contexto, ou seja, transpor os conhecimentos teóricos para a prática, pelo que se torna fundamental a existência de um programa de integração profissional que possibilite e facilite a evolução do seu estadió de competências (Luz, 2001; Macedo, 2012).

Para se compreender melhor o contexto institucional onde é desenvolvido o processo de integração e de supervisão, a influência dos participantes (pessoas) e do tempo nestes processos, com conseqüente desenvolvimento profissional, julga-se essencial realizar a ligação com o modelo ecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1980), que defende que este desenvolvimento humano é um processo contínuo que decorre ao longo da vida, abrangendo as interações entre indivíduos e os seus ambientes vivenciados e dinâmicos, marcados pela peculiaridade de cada um (Bronfenbrenner e Morris, 1998). Nesta perspetiva, no decurso do desenvolvimento, para além de existirem alterações físicas e psicológicas nos indivíduos, devido à postura ativa adotada pelos mesmos, irão, inevitavelmente, existir modificações do ambiente em que este decorreu e assim sucessivamente, de uma forma cíclica. Assim, os mesmos autores referem que as pessoas em desenvolvimento vivenciam “(...) *uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente, ou ambos*” (Bronfenbrenner, 2002, p. 22).

Deste modo, quando o enfermeiro em integração (enfermeiro recém formado ou enfermeiro proveniente de outro serviço/instituição) é admitido num serviço, ocorrem sucessivas *transições ecológicas* durante as quais vai ampliando e diversificando os seus papéis (de enfermeiro, colega de equipa) e realizando funções sucessivamente mais diversificadas, mais complexas e de maior responsabilidade (Rua, 2011).

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

Assume-se que a integração de um enfermeiro num serviço, enquanto período promotor do desenvolvimento profissional para *agir em situação*, está relacionada com os quatro elementos essenciais ao desenvolvimento humano — Pessoa, Processo, Contexto e Tempo. Neste sentido, a questão que se coloca sobre o processo de integração dos enfermeiros e a respetiva supervisão, relaciona-se sobretudo, com a necessidade de se traçarem objetivos e um plano apropriado a cada serviço, que ajude os novos profissionais a não se sentirem estranhos na instituição e serviço, mas sim elementos inseridos na equipa desde o primeiro dia, ou seja, que se sintam seguros na execução das atividades inerentes à prestação de cuidados e que possuam um sentimento de pertença à organização e local de trabalho (Macedo, 2012).

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

Este período de integração constitui-se como uma fase crucial da adaptação e do desenvolvimento de um relacionamento saudável entre o

novo enfermeiro e a restante equipa, sobretudo com o supervisor, onde cada uma das partes aprende a ajustar-se à outra, reduzindo o medo e a insegurança. Nesta fase, o estabelecimento de uma relação supervisiva entre o enfermeiro recém-admitido e o enfermeiro supervisor é de crucial importância para todo o processo (Macedo, 2012).

Os programas de integração devem auxiliar a aceitação do enfermeiro pelo serviço, mais especificamente pela equipa de enfermagem, o mais rapidamente possível. Tal remete para a duração do processo de integração (tempo), que é variável, dependendo das necessidades imediatas e a longo prazo, do serviço e do enfermeiro em integração, assim como da facilidade de integração com que o novo elemento demonstre durante o processo. No entanto, a duração deste período de integração deve ser razoável, de modo a que o enfermeiro a integrar possa desenvolver as competências essenciais para o desempenho da sua atividade profissional (Azevedo, 1996; Silva e Carvalho, 2002).

Sob este ponto de vista, a integração apenas poderá ser bem conseguida se existir colaboração de todos os elementos da equipa de enfermagem, constituída pelos enfermeiros do serviço e o respetivo chefe (contexto), sem que com isso seja diminuída a responsabilidade do elemento em processo de integração, uma vez que todos os profissionais têm de assumir os resultados e as responsabilidades inerentes às suas práticas, sendo cada elemento uma peça fundamental para a construção do trabalho de equipa e, conseqüentemente, para a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes (Macedo, 2012).

A integração representa uma das atividades primárias da administração de recursos humanos, cujos objetivos primordiais visam a adaptação adequada dos profissionais à instituição, tendo em consideração as constantes alterações sociais, profissionais e institucionais (Macedo, 2012). Desta forma, a integração do enfermeiro apresenta-se como um processo estruturado e organizado, no qual os indivíduos desenvolvem habilidades e atingem determinada competência por meio da experiência prática e *feedback* regular (Mestrinho *et al.*, 2000).

A integração do enfermeiro recém-admitido gera um conjunto de incertezas, inseguranças e angústias, que necessitam de ser ultrapassadas, através da construção de estratégias facilitadoras desse processo (Mestrinho et al, 2000). Consequentemente, releva que as instituições de saúde contemplem nas suas políticas organizacionais, programas de integração orientados para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros, cuja operacionalização contemple o acompanhamento das práticas clínicas dos mesmos por um grupo de peritos, os enfermeiros chefes e os designados por eles, para procederem ao acompanhamento dessa prática, os supervisores (Bucchi e Mira, 2010).

É fundamental definir-se o elemento (supervisor) responsável pela integração do enfermeiro recém-admitido, uma vez que esta prática proporciona um clima de maior confiança e estabilidade para o integrado, favorecendo a continuidade e uniformidade no acompanhamento. É imprescindível que o supervisor reconheça a importância de aceitar a função de integrar o novo elemento, tenha brio profissional, conhecimentos técnicos e científicos, bom desempenho profissional, boa capacidade de planeamento e uma boa relação interpessoal (Abreu, 2007).

Se esta função for imposta ao supervisor há a probabilidade da integração ser um fracasso, com consequentes repercussões pessoais, profissionais e organizacionais (Garrido, 2004). Considera-se que os cuidados de excelência apenas podem ser assegurados com a passagem de testemunho do enfermeiro supervisor e da equipa para o recém-admitido. Assim, as atitudes que os enfermeiros supervisores apresentem, nomeadamente, o processo interativo e dinâmico facilitador da integração, tornam-se o “espelho” e o reflexo do futuro profissional na instituição, permitindo a melhoria e a continuidade dos cuidados. Por conseguinte, cabe à equipa de enfermagem, sobretudo ao enfermeiro supervisor, sensibilizar, estimular, orientar, ajudar e ensinar o novo elemento (relação supervisiva), permitindo-lhe uma adequada integração, levando a que o mesmo seja capaz de prestar cuidados de enfermagem com qualidade e apresentar um desempenho profissional exemplar (Macedo, 2012).

O objetivo máximo do processo de integração baseia-se na eficiência dos novos profissionais, tendo em vista a eficácia do serviço/instituição, oferecendo deste modo, aos enfermeiros em integração, oportunidades que lhes permitiam dar resposta às exigências da comunidade, mediante uma boa adaptação e melhoria dos cuidados prestados. Consequentemente, os mesmos adquirem autoconfiança no desempenho das suas funções e competências profissionais. É pois relevante que as instituições, criem condições de trabalho, assim como qualidade e tempo de integração necessários para o exercício profissional de enfermagem (Macedo, 2012).

Apesar da SCE ser considerada um recurso com impacto nos profissionais e na excelência do exercício profissional, mas também nas próprias organizações e na segurança dos cuidados disponibilizados aos clientes, verifica-se ainda escassa evidência que avalie os contributos da SC para os clientes e os seus efeitos sobre a interação enfermeiro-cliente (Francke & Graaff, 2012; Wright, 2012). Por conseguinte, é consensual a necessidade de desenvolver mais investigação que permita aumentar os conhecimentos nesta área e determinar a eficácia e impacto da SCE sobre ganhos em saúde.

Com base neste conjunto de pressupostos, o presente estudo, enquadrado no âmbito do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tem como finalidade, contribuir para a melhoria do processo de integração dos enfermeiros, em contexto hospitalar. Intitulado “A Supervisão Clínica no processo de integração de enfermeiros”, o estudo desenvolveu-se no horizonte temporal de janeiro de 2014 a julho de 2015 e decorreu num hospital regional da região norte do país.

Os objetivos delineados para este estudo foram: analisar as experiências dos enfermeiros recém-admitidos, relacionadas com o seu processo de integração no serviço; analisar a perceção dos enfermeiros recém-admitidos sobre o seu processo de integração; identificar os fatores facilitadores e limitadores do processo de integração dos enfermeiros recém-admitidos; analisar a opinião dos enfermeiros recém-admitidos sobre o perfil do supervisor clínico.

A metodologia utilizada tem por base o paradigma naturalista, tratando-se portanto, de uma investigação qualitativa do tipo exploratório e descritivo. A recolha de dados foi efetuada com recurso a um guião de entrevista semiestruturada, aplicado a uma amostra não probabilística intencional, composta por 12 enfermeiras dos serviços de Cirurgia Geral, Medicina Interna, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Urgência Geral do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV), E.P.E.

Procurou-se elaborar um relatório sustentado na informação gerada pelos dados, tendo por base as perspetivas das participantes na investigação. Adotou-se, principalmente, o processo indutivo ao longo do trajeto percorrido pelo que, a redação deste trabalho está intimamente relacionada com a abordagem metodológica escolhida, que prevê a integração da teoria à *posteriori* dos factos e a partir da análise dos dados. Assim, o relatório encontra-se fundamentado na interpretação e significados das participantes, em consonância com a evidência científica sobre o tema, que foi integrada com o intuito de dar consistência e ajudar a explicitar um fenómeno pouco conhecido do ponto de vista da sua significação.

O documento encontra-se organizado em dois capítulos. Após uma breve introdução, apresentam-se, no primeiro capítulo, as opções metodológicas e o enquadramento do trabalho empírico, detalhadamente: a pertinência do estudo; a questão de partida; os objetivos e finalidade; o tipo de estudo; o contexto de estudo; o grupo de participantes; o instrumento e processo de recolha de dados; os procedimentos de análise de dados e as considerações éticas.

O segundo capítulo agrega a apresentação, análise e discussão dos dados recolhidos, sendo integrada a evidência mais relevante sobre a temática em estudo, com o objetivo de fundamentar e facilitar a interpretação dos significados e conceções das participantes.

Por último, são traçadas algumas considerações finais referentes à investigação realizada, que se espera ser um contributo para a melhoria do processo de integração de enfermeiros recém-admitidos e um recurso

facilitador da inclusão de processos supervisivos nas políticas do CHEDV e restantes organizações de saúde em Portugal.

1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

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

A metodologia adotada reflete o caminho traçado pelo investigador, de modo a obter respostas às questões de investigação formuladas, com base no problema identificado e nos objetivos delineados para o estudo (Fortin, 2009).

Por conseguinte, é o principal alicerce de todo o processo investigativo, tendo em conta que permite que o investigador identifique e delimite o problema que pretende estudar, formule as hipóteses e as questões de investigação, defina os objetivos do estudo, estabeleça a amostra, elabore os instrumentos de colheita de dados, os aplique e analise os dados (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Com base nestes pressupostos, pretendeu-se apresentar, neste capítulo, as nossas opções metodológicas, com a finalidade de obter resposta à questão de partida, que visa conhecer a perceção de enfermeiros recém-admitidos sobre o seu processo de integração.

1.1 Pertinência do Estudo

Antes de empreender esforços na execução de um estudo, o investigador deve estar certo do valor da questão de partida para a construção de conhecimento científico, assim como do seu valor para os indivíduos e contexto em análise. Assim, deve ser capaz de justificar a pertinência de explorar o tema que escolheu, nomeadamente a sua utilidade para a prática profissional (Fortin, 2009).

Na atualidade, as constantes mudanças sociais, profissionais e institucionais colocam grandes desafios às organizações, nomeadamente, no que reporta à gestão dos recursos humanos (Silvestre, 2012). As instituições públicas, mais concretamente os hospitais, recorrem cada vez mais ao regime de contratação de trabalho de curta duração, o que implica mais processos de socialização organizacional, nomeadamente os decorrentes, da integração dos enfermeiros (Silvestre, 2012).

Sendo o processo de integração determinante no sucesso da adaptação do indivíduo à organização e, conseqüentemente, no seu desempenho, uma vez que promove o desenvolvimento da autoconfiança no exercício das suas funções, a construção da sua identidade profissional e para o desenvolvimento das suas competências (Macedo, 2012). Torna-se imperativo que a integração dos enfermeiros no contexto de trabalho seja organizada de forma a promover o desenvolvimento de novas atitudes profissionais, orientadas para a consecução da qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo ser criadas, por parte das instituições, as condições adequadas e o tempo de integração necessários a este desiderato (OE, 2010; Pinheiro, 2012).

A SC é um processo sistemático e contínuo, que apoia e encoraja a melhoria da prática profissional, visando a autonomização gradual do supervisionado nos processos de tomada de decisão autónoma (Winstanley & White, 2003; Abreu, 2007; Garrido, Simões & Pires, 2008; OE, 2010). Deste

modo, é encarada como uma ferramenta imprescindível para o crescimento pessoal, profissional e humano, dos enfermeiros, através de uma política de reflexão e experimentação das práticas, o que incita cuidados mais significativos para as pessoas (Correia & Servo, 2006; Hyrkäs & Shoemaker, 2007; Abreu, 2007; Butterworth *et al.*, 2008; Moura & Mesquita, 2010).

De acordo com Sá-Chaves (2000) a supervisão só faz sentido numa perspetiva de desenvolvimento humano e profissional, o que, em enfermagem, se operacionaliza através do suporte às práticas no decurso da prestação de cuidados, do apoio à formação clínica e do incremento da gestão personalizada dos sentimentos, ampliando a satisfação profissional dos enfermeiros, o que segundo Wood (2004) pode ter um papel importante na prevenção do risco clínico.

Considerando a SCE um processo relacionado com o exercício das práticas, que tem nos contextos as suas diferenciações, reconhece-se a importância referenciar o “modelo” que funcione como linha orientadora para a operacionalização deste mesmo processo (Garrido, 2004) o qual deve responder às características e necessidades supervisivas de cada contexto organizacional e profissional (Garrido, Simões & Pires, 2008).

Torna-se, pertinente conhecer a perceção dos enfermeiros recém-admitidos relativamente ao seu processo de integração no serviço, tendo em vista contribuir para a melhoria do processo de integração de enfermeiros em contexto hospitalar.

1.2 Questão de Partida

A investigação começa com a escolha do domínio particular de interesse para o investigador e para a disciplina, bem como com a formulação da questão de partida que se comporta como fio condutor da investigação. Neste sentido, ao enunciar a questão de partida, tal como sugerido por Quivy & Campenhoudt (2008), procurou-se que esta reunisse

um conjunto de qualidades, nomeadamente, clareza, exequibilidade e pertinência, as quais irão permitir trabalhar eficazmente a partir dela.

A questão de partida deste estudo foi: Qual a perceção dos enfermeiros sobre o seu processo de integração?

1.3 Finalidade e Objetivos

Considerou-se que a presente investigação tem como finalidade contribuir para a melhoria do processo de integração dos enfermeiros em contexto hospitalar.

Delineada a finalidade, tornou-se necessária a estruturação dos objetivos do estudo, com os quais se procurou indicar de forma clara, qual o fim que o investigador desejou alcançar, pelo que se entendeu ser crucial serem formulados de uma forma precisa, no sentido de servir de orientação à tomada de decisão associada a todo o percurso metodológico (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011).

Pretendeu-se então realizar um estudo com o objetivo geral de conhecer a perceção dos enfermeiros recém-admitidos, sobre o seu processo de integração.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Analisar as experiências dos enfermeiros recém-admitidos, relacionadas com o seu processo de integração no serviço;
- Analisar a perceção dos enfermeiros recém-admitidos sobre o seu processo de integração;
- Identificar os fatores facilitadores e limitadores do processo de integração dos enfermeiros recém-admitidos;
- Analisar a opinião dos enfermeiros recém-admitidos sobre o perfil do supervisor clínico.

1.4 Tipo de Estudo

O desenho de investigação deve permitir ao investigador elaborar um plano que responda às questões formuladas, minimizando assim o risco de erros (Fortin, 2009).

Na elaboração de um trabalho de investigação não existem métodos e/ou técnicas de pesquisa ideais, devendo antes recorrer-se aos que são adequados ao problema de pesquisa, a cada situação, tipo de investigação, objeto investigado, referencial teórico e objetivos (Scarparo *et al.*, 2012).

Atendendo à finalidade e à natureza específica da problemática que se pretendem analisar, optou-se por uma abordagem qualitativa, uma vez que esta encerra os seus princípios num paradigma naturalista, conferindo ao estudo uma conceção holística, através da compreensão de um fenómeno em todas as suas dimensões, procurando uma compreensão alargada e global do mesmo e ressaltando o sentido e significação que o fenómeno reveste para os indivíduos (Fortin, 2009). Assim, neste caso, mais facilmente se conseguiu conhecer a perceção dos participantes, sobre o seu processo de integração profissional.

Quanto ao tipo de estudo elegeu-se o exploratório e descritivo, pois permite atender à significação da experiência vivida pelos participantes e possibilita descobrir progressivamente temas e categorias que permitem explorar e descrever o fenómeno em estudo (Fortin, 2009; Coutinho, 2011), pelo que se afigurou como o mais adequado neste caso.

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

1.5 Contexto do Estudo

O estudo decorreu no Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga E.P.E, nos serviços de Cirurgia Geral, Medicina Interna, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Urgência Geral do Hospital São Sebastião.

Durante a etapa da definição do campo de estudo desta investigação, teve-se em conta algumas considerações quanto aos serviços a selecionar, nomeadamente, a acessibilidade aos campos de investigação e com a disponibilidade de participação no estudo dos elementos de cada serviço. Acresceu ainda o interesse particular do investigador em conhecer os factos que caracterizam o fenómeno de integração profissional de enfermeiros, naquele contexto, associado à intenção de poder contribuir, com as conclusões obtidas, para a implementação de um modelo de Supervisão Clínica, para a melhoria das dinâmicas supervisivas, bem como para a implementação de um plano/programa de integração profissional, compatível com uma nova conceção de cuidados e que pretenda contribuir para um perfil de competências próximo ao regulamentado pela OE.

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

Cada organização é, portanto, detentora de uma cultura específica, a partir da qual é possível perceber os comportamentos, as atitudes e as escolhas dos diferentes atores que nela intervêm.

No sentido de se compreender todo o processo, começar-se-á por descrever os aspetos que caracterizam o referido contexto: O CHEDV, E.P.E., com sede em Santa Maria da Feira. Criado na sequência da

publicação do Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de janeiro, agrupa o Hospital de São Sebastião, E.P.E. (Santa Maria da Feira), o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis). Fica responsável pela prestação de cuidados de saúde a uma população com cerca de 340.000 habitantes, residente nos concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Ovar e Castelo de Paiva (algumas freguesias) (CHEDV, s.d.).

Com a criação do centro hospitalar foram criadas as condições necessárias para uma melhor articulação entre as unidades hospitalares da parte norte do Distrito de Aveiro, facilitando a acessibilidade às consultas externas das diversas especialidades e simplificando a gestão das listas de espera cirúrgicas. Por outro lado, veio proporcionar uma maior racionalização nos recursos humanos e materiais disponíveis (CHEDV, s.d.).

O serviço de cirurgia geral dispõe de um total de 56 camas, distribuídas pelo pólo do internamento localizado no piso 8 e pelo pólo da Consulta Externa localizado no piso 1, da seguinte forma: o Internamento é composto por 2 alas: ala A (mulheres), com 6 enfermarias de 4 camas e dois quartos individuais; ala B (homens), com 6 enfermarias com 4 camas e dois quartos individuais; a consulta externa compreende: consulta pré-operatória, consulta pós-operatória, pequena cirurgia e, ainda, uma unidade com 6 camas destinada ao acolhimento de doentes cirúrgicos em regime de ambulatório ou de curto internamento (1-2 dias).

A equipa de enfermagem é composta por 31 enfermeiros e o método de trabalho em vigor na prestação de cuidados é método individual de trabalho. No seio da equipa existem enfermeiros de referência em determinadas matérias de cuidados de enfermagem e que são ainda os dinamizadores da formação em serviço, além de serem, também, o suporte como consultores na resolução de problemas específicos dos cuidados de enfermagem. É o caso dos cuidados inerentes a: tratamento de feridas, prevenção e controle da infeção associada aos cuidados de saúde e doente com dor aguda. Neste serviço, os cuidados de enfermagem são documentados em dois tipos de suporte: papel e eletrónico. Em suporte de

papel são feitos registos de enfermagem, tais como: notas de evolução, registo de imobilizações e quedas, registo do risco de úlcera de pressão, balanço hídrico e diurese, glicemias capilares e administração de Insulina, entre outros. Em suporte eletrónico é processada a avaliação Inicial de Enfermagem e a validação da administração de terapêutica.

O serviço de medicina interna apresenta uma vertente médica orientada para a neurologia, cardiologia e pneumologia, sendo constituído por quatro alas diferentes, que contemplam um total de 102 camas: a ala A tem seis enfermarias de quatro camas e dois quartos que prioritariamente são de isolamento; a ala B tem seis enfermarias de quatro camas cada e um quarto prioritariamente de isolamento; a ala C tem quatro enfermarias de quatro camas, duas enfermarias de duas camas e cinco quartos que prioritariamente são de isolamento; e a ala D tem seis enfermarias de quatro camas e dois quartos destinados prioritariamente a isolamento.

A equipa de enfermagem é constituída por 75 enfermeiros. O método de trabalho adotado é também o método individual de trabalho. A documentação das práticas, procedimentos e normas do serviço ou instituição, é feita através de papel e na Intranet.

O bloco operatório é constituído por oito salas operatórias, sendo uma de urgência, que funciona 24 horas por dia. A ocupação das salas é feita com cirurgias programadas e com a unidade de cuidados pós-anestésicos. A equipa é formada por 59 enfermeiros que trabalham pelo método unifunção de anestesia, da área cirúrgica de ortopedia, cirurgia geral, urologia, ginecologia e de otorrino/oftalmologia.

A unidade de cuidados intensivos polivalente é formada por uma sala aberta com capacidade de onze camas, das quais uma é destinada a medidas de isolamento. A equipa de enfermagem deste serviço é composta por 19 elementos, que desempenham funções segundo o modelo individual de trabalho. A documentação dos cuidados de enfermagem é realizada através da Intranet.

Por último, o serviço de urgência geral conta com uma equipa de 48 enfermeiros, cujo método de trabalho é à tarefa. O serviço encontra-se

organizado sob a forma de circuito, isto é, o doente é admitido, após a triagem e encaminhado para o local mais adequado à sua condição de saúde naquele momento. Dentro da urgência existem diferentes áreas: sala de reanimação; gabinetes emergentes; sala de observação e diagnóstico; unidade de decisão clínica; trauma; gabinetes urgentes; e especialidades de apoio à urgência (obstetrícia/ núcleo de partos; oftalmologia e otorrinolaringologista).

1.6 Grupo de Participantes

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

O tamanho da amostra na investigação qualitativa é definido essencialmente pela complexidade do fenómeno em análise, pela finalidade e objetivos do estudo e pela necessidade de informação relativa ao mesmo (Polit, Beck & Hungler, 2004). Contudo, o número de participantes é geralmente pequeno, determinado pela saturação dos dados, isto é, quando a aquisição de novos testemunhos já não traz nada de novo para a investigação.

Partindo dos pressupostos precedentes, nesta investigação estamos perante uma amostra não probabilística intencional por escolha racional, uma vez que este método permite *“constituir uma amostra de indivíduos em função de um traço característico”* (Fortin, 2009, p. 322).

Da amostra constituída por 12 enfermeiras, três exercem funções no serviço de Cirurgia Geral, duas no serviço de Medicina Interna, duas no Bloco Operatório, duas na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e três na Urgência Geral do CHEDV. Tiveram-se como critérios de inclusão: ter sido integrado no serviço durante o último ano, uma vez que à partida, teriam mais presentes na memória, as vivências desse processo; e não ter experiência anterior em serviço hospitalar idêntico.

Pretendeu-se conseguir um diverso conjunto de experiências profissionais e uma variedade de perfis no que respeita ao serviço onde decorreu o processo de integração, ao tempo de exercício profissional e à formação pós-graduada, daí se terem selecionado participantes de diferentes serviços do CHEDV.

1.7 Instrumento e Processo de Recolha de Dados

As investigações com abordagem qualitativa privilegiam os métodos de colheita e tratamento de dados flexíveis e favorecedores do aprofundamento dos conhecimentos sobre os fenómenos (Fortin, 2009).

A entrevista é o principal método de recolha de dados nas investigações qualitativas, pois possibilita ao investigador um contacto direto com os participantes e aceder a uma vasta amplitude de dados para análise, que o sujeito entrevistado transmite com base nas suas ideias e opiniões, de forma não condicionada. É geralmente não estruturada e engloba questões abertas, pelo que se apresenta como um método de colheita de dados marcado pela flexibilidade (Coutinho, 2011).

De facto, o contacto direto que se estabelece entre o investigador e o participante, aquando da realização da entrevista, favorece a adaptação do primeiro às questões e/ou possibilita o pedido de informação adicional sempre que tal se revele pertinente (Coutinho, 2011).

Neste âmbito, a natureza do presente estudo levou a que se privilegiasse como método de recolha de dados a entrevista semiestruturada, tendo sido colocadas questões abertas específicas sobre os vários assuntos que se pretendiam ver abordados pelas participantes, possibilitando a livre expressão dos pontos de vista das entrevistadas. Para recolher os dados construiu-se um guião de entrevista composto por cinco blocos temáticos (I. Caracterização do entrevistado; II. Experiências do enfermeiro relacionadas com o processo de integração; III. Perceções do enfermeiro sobre o processo de integração; IV. Fatores facilitadores e limitadores do processo de integração; V. Conceções do enfermeiro quanto ao perfil do supervisor clínico) (Anexo I). Este guião compreende 22 questões abertas subordinadas a cada um dos temas de interesse para a investigação e contempla um formulário de autopreenchimento pelo participante com o objetivo de obter dados que permitissem fazer a caracterização sociodemográfica e profissional das entrevistadas.

Conforme sugerido pelas fontes bibliográficas realizou-se um pré-teste para validação do instrumento, com a finalidade de verificar se o guião construído foi formulado com imparcialidade e clareza e se respondia aos objetivos do estudo (Polit, Beck & Hungler, 2004), permitindo também ao investigador apurar se reunia competências para dominar a temática em causa (Guest, Bunce & Johnson, 2006).

As entrevistas foram agendadas com antecedência para garantir a sua realização em data, hora e local de preferência do participante, tendo decorrido em espaços reservados ao exercício profissional dos enfermeiros, em ambos os serviços. Tiveram uma duração mínima de 28 minutos e máxima de 45 minutos; em média a duração das entrevistas foi de 34 minutos. Todas foram transcritas na íntegra para suporte escrito informático, respeitando a fidelidade ao discurso, e foram codificadas com recurso à letra “E”, seguida de um número crescente que se relaciona com o momento temporal em que decorreu a entrevista ao participante (E1, E2, E3, *etc.*).

A primeira entrevista foi realizada a 13 de fevereiro de 2015 com o intuito inicial de testar a clareza do instrumento, efetuar eventuais ajustes ao guião e permitir o treino e preparação da investigadora. A amplitude e profundidade dos dados obtidos, a fluidez que se verificou na interação investigador-participante e a constatação de não haver necessidade de mudanças no guião, permitiu incluí-la no estudo.

A colheita de dados decorreu entre 13 e 26 de fevereiro de 2015. Todas as entrevistas foram realizadas pela investigadora, gravadas em cartão de memória através do recurso a um gravador áudio, que possibilitou o registo absoluto da conversa e a sua posterior transcrição integral.

O princípio da saturação dos dados esteve na base da decisão de terminar a colheita de dados, com a inclusão de 12 participantes na investigação. A diversidade de situações relevantes foi alcançada, as vivências e perceções das participantes começaram a repetir-se e a partir desse momento a informação transmitida por cada novo participante seria pouco relevante na medida em que provavelmente não emergiriam novos temas e os dados repetir-se-iam (Streubert & Carpenter, 2002).

1.8 Procedimentos de Análise de Dados

Na investigação de índole qualitativa, a recolha e a análise de dados são processos simultâneos que se influenciam mutuamente (Coutinho, 2011).

Por sua vez, a variedade de material obtido através de métodos de recolha de dados qualitativos exige do investigador “*uma capacidade integrativa e analítica*” (Martins, 2004, p.292). Desta forma, os dados colhidos nas entrevistas são constantemente estudados com o objetivo de determinar que assuntos há a explorar mais com os entrevistados (Fortin, 2009).

A análise de conteúdo é identificada como a estratégia mais adequada de análise de dados qualitativos, abrangendo um conjunto de técnicas com o objetivo último de descobrir sentidos escondidos nos discursos dos participantes quando entrevistados (Campos & Turato, 2009). Assim, permite agrupar o conteúdo manifesto nos discursos dos participantes, num conjunto de categorias de significação, com o fim último de objetivar o mais possível esses significados (Amado, 2000).

Para se proceder à análise, segue-se um conjunto de passos predefinidos que conferem rigor e profundidade ao processo, na tentativa de dar resposta aos objetivos estabelecidos para o estudo (Amado, 2000). Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo decorre ao longo de três fases: a pré-análise, a exploração do material e por último, o tratamento de dados, a inferência e a interpretação.

Na fase de pré-análise, pretende-se a organização dos dados a analisar (Bardin, 2011), pelo que se começou por efetuar a leitura flutuante do “*corpus de análise*”, para se estabelecer um primeiro contacto com as informações a analisar (Bardin, 2011; Campos & Turato, 2009), no sentido de serem percecionados antecipadamente padrões e tendências e desta forma, direcionar a pesquisa, sempre que necessário (Polit, Beccck & Hungler, 2004). Assim, foi possível identificar temas emergentes nos discursos dos participantes com especial relevância para os objetivos do estudo. No fundo, uma primeira leitura da documentação permitiu fazer um esboço das áreas temáticas que resultaram num sistema de categorias possível (Amado, 2000).

Posteriormente procede-se à exploração do material, fase em que ocorreu a categorização e codificação da informação obtida no terreno e teve como objetivo primordial facultar uma representação simplificada dos dados em bruto.

A última fase do processo de análise proposta por Bardin (2011), é o tratamento de resultados, que visa tornar significativos os dados resultantes do processo de tratamento, dotando-os da capacidade de falarem por si e serem válidos e significativos. Nesta fase, o investigador

pode deduzir inferências e apresentar propostas de interpretação dos dados, tendo como marcos os referenciais teóricos pertinentes para a investigação e que conferiram suporte ao estudo (Coutinho, 2011).

Em síntese no que respeita ao presente estudo, as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra pela investigadora principal, para suporte digital e gravadas em formato Word®.

Uma vez transcritas, foi efetuada uma leitura flutuante de todo o material recolhido, o que permitiu apreender e organizar, de forma não estruturada, os aspetos mais relevantes do discurso das participantes. Posteriormente, seguiu-se um período extenso de leituras mais meticulosas, que permitiram a exclusão de dados com menor relevância para o estudo, bem como todos os elementos que de alguma forma pudessem identificar o participante, tendo sido constituído o *corpus* de análise.

Concluída a seleção das unidades de análise, procedeu-se à definição de domínios, identificação de categorias e subcategorias e à classificação e codificação das mensagens das participantes em unidades de contexto e de registo. No decurso deste exercício estiveram presentes as características a que deve obedecer uma categoria: a exclusividade, a exaustividade, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e a produtividade (Bardin, 2011). Este conjunto de qualidades confere o rigor e a validade necessários às categorias finais identificadas, que resultaram de leituras exaustivas e sucessivas dos documentos em análise.

Este processo envolveu a desconstrução e reorganização de categorias, tendo em conta o reagrupamento das unidades de registo de acordo com indicadores de significado que no final, se revelaram satisfatórios e válidos tendo em consideração os critérios que presidiram à análise.

Para facilitar a compreensão, procedeu-se à transcrição dos excertos dos discursos das participantes, apresentados em itálico, e utilizou-se alguns códigos ou símbolos semânticos, nomeadamente:

... - pausa do discurso ou hesitação;

(...) - excertos da transcrição original que não foram relevantes para a análise e palavras que descrevessem linguagem corporal das participantes;

[...] - termos que constassem nas unidades de registo, que de alguma forma pudessem identificar as participantes e palavras de ligação com as unidades de registo.

1.9 Considerações Éticas

A qualquer investigação estão subjacentes questões morais e éticas que podem entrar em conflito com o rigor da mesma (Fortin, 2009), pelo que um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar a solidez do mesmo.

As preocupações éticas, que emergem da prática investigativa, relacionam-se sobretudo com a proteção dos direitos dos participantes do estudo e com o reconhecimento explícito da dignidade como valor central de toda a pessoa (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Como direitos fundamentais dos sujeitos, Fortin (2009) reconhece os seguintes: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Este estudo considerou os princípios éticos enumerados e procurou salvaguardar todos os direitos das pessoas envolvidas em todas as fases do processo de investigação. Neste sentido, foi solicitada a autorização para a colheita de dados na instituição hospitalar, através de um requerimento dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do CHEDV. O parecer favorável foi emitido a 30 de janeiro de 2015 (Anexo II).

O grupo de participantes foi voluntário, com base no princípio da autonomia, certificando que toda a informação sobre o estudo lhes foi facultada para que tomassem uma decisão consciente e informada. Antes da realização de cada entrevista, foi fornecido ao entrevistado um documento com toda a informação relevante sobre o estudo, nomeadamente, a contextualização, bem como, os contactos da investigadora, caso alguma desejasse a qualquer momento do processo de investigação um esclarecimento adicional e/ou alterar a sua decisão (Anexo III).

Simultaneamente foi também entregue, em duplicado, o documento de consentimento informado (Anexo IV), de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e a Lei da Proteção de Dados Pessoais (Decreto-Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro), que foi assinado voluntariamente por todos os participantes e pela investigadora, antes do início da entrevista, ficando um dos exemplares na posse do participante. Foi, ainda, dada oportunidade às entrevistadas de exporem as suas dúvidas em qualquer fase da recolha de dados.

O consentimento livre e esclarecido é a aceitação dada por um indivíduo para participar no estudo e assenta no princípio de que *“toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria”* (Fortin, 2009, p. 186). Assim, com o preenchimento da declaração de consentimento informado, o investigador assegura que o participante está na posse de toda a informação essencial e que compreendeu aquilo em que se envolve. Para ter validade legal, deve ser obtido de forma livre e esclarecida, respeitando a autonomia da pessoa que deve estar na plena posse das suas faculdades mentais, e deve ter em consideração o direito do indivíduo à informação (Freixo, 2011).

Deste modo, impõe-se que o sujeito tenha obtido e compreendido toda a informação essencial para decidir envolver-se ou não na investigação e até, inclusive, desistir a qualquer momento (Fortin, 2009).

A metodologia qualitativa é a que levanta mais questões éticas do ponto de vista da proximidade entre investigador e investigados (Martins,

2004). Foi por isso, assegurado que todos os participantes eram tratados com dignidade e respeito na sua individualidade. Todos os dados relativos à identificação das participantes neste estudo foram mantidos sob confidencialidade e foi preservado o anonimato dos mesmos, garantindo a totalidade da sua privacidade. Para esse efeito, os entrevistados são identificados ao longo deste trabalho como E1, E2, E3, etc.

2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo proceder-se-á à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, seguida da apresentação, análise e discussão dos dados resultantes das 12 entrevistas realizadas, sob a forma de texto narrativo, apresentando as unidades de registo/contexto que emergiram da análise de conteúdo efetuada, tendo em consideração os objetivos e questões de investigação.

A apresentação, análise e discussão dos resultados está organizada em subcapítulos, que derivam dos três grandes domínios que emergiram da análise do discurso das participantes:

- Vivências do processo de integração;
- Perceções sobre processo de integração;
- Enfermeiro supervisor.

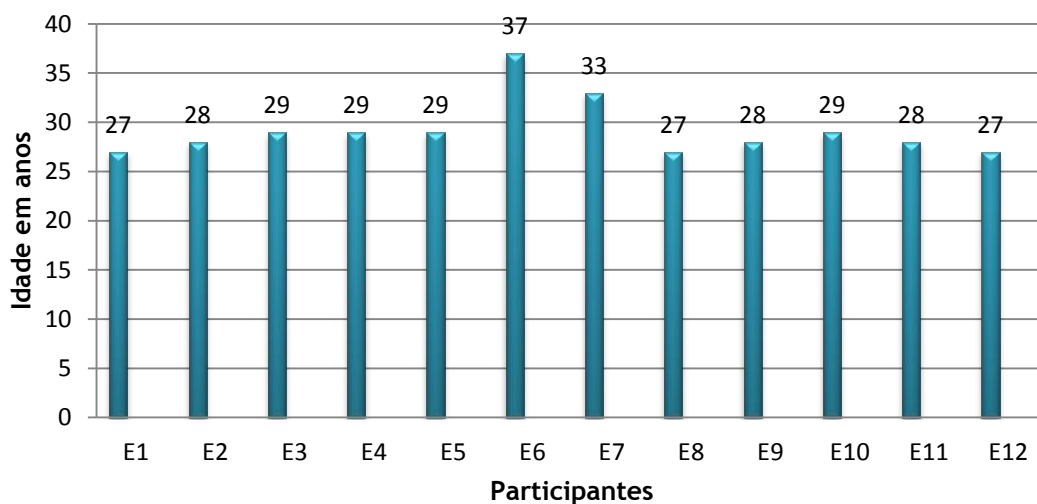
A categorização geral dos dados obtidos apresenta-se no Anexo V.

2.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional das Participantes

As participantes do estudo foram 12 enfermeiras, das quais, três exercem funções no serviço de cirurgia geral, duas no serviço de medicina interna, duas no bloco operatório, duas na unidade de cuidados intensivos polivalente e três na urgência geral do CHEDV.

A idade das participantes variou entre os 27 e os 37 anos (Gráfico 1), sendo a média 29,3 anos. Relativamente ao estado civil, 10 enfermeiras eram solteiras e duas casadas/viviam em união de facto.

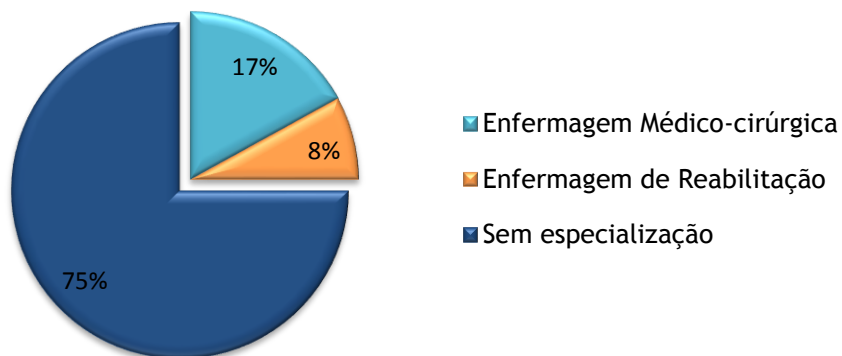
Gráfico 1 - Idade dos participantes



Quanto às habilitações académicas todas possuíam o Curso de Licenciatura em Enfermagem, uma possuía o grau de mestre, três um Curso de Pós-graduação, uma das quais em Supervisão Clínica em Enfermagem.

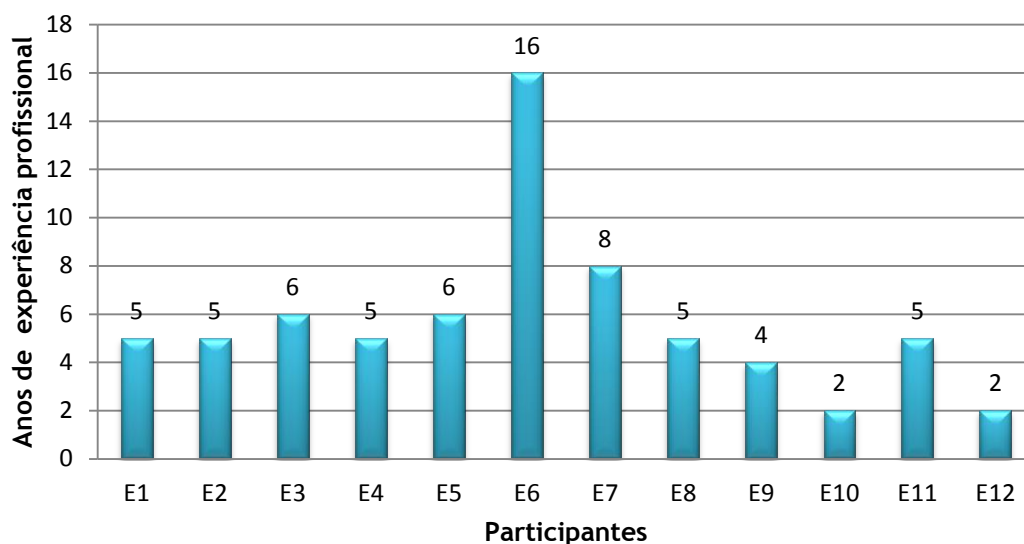
No que respeita às habilitações profissionais, apenas três possuíam um Curso de Especialização em Enfermagem, duas em Enfermagem Médico-cirúrgica e uma em Enfermagem de Reabilitação (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Habilitações Profissionais dos Participantes



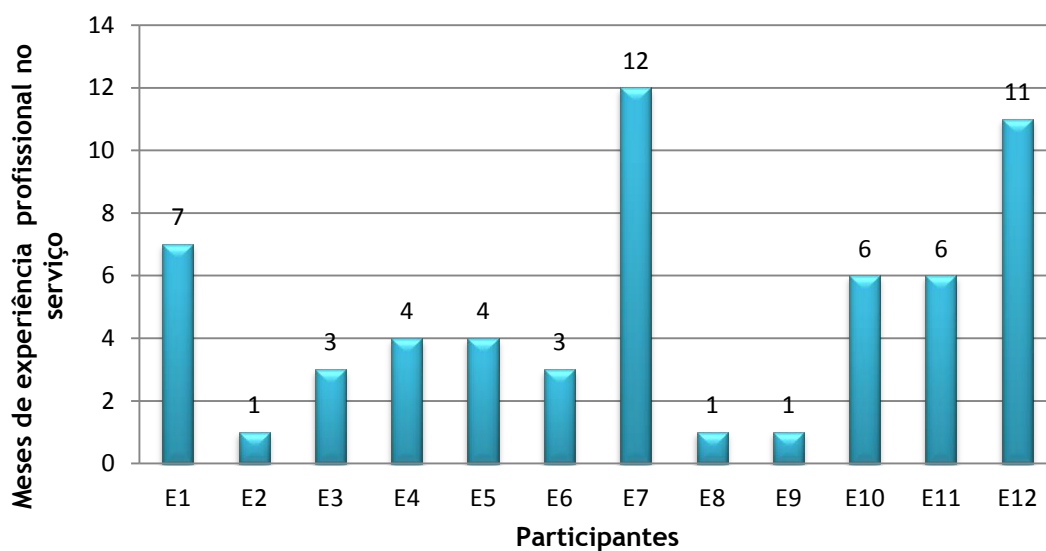
O tempo de experiência profissional variou entre 2 e 16 anos, sendo a média 5,7 anos (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Experiência Profissional



Relativamente ao tempo de experiência profissional no atual serviço oscilou entre 1 e 12 meses (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Experiência Profissional no serviço



No que concerne à categoria profissional, onze eram enfermeiras e uma era enfermeira graduada. Quanto ao vínculo institucional com o CHEDV, todas possuíam contrato individual de trabalho, sendo que seis tinham contrato por tempo indeterminado, quatro, contrato de termo certo e duas de termo incerto. A totalidade das enfermeiras praticava um horário em regime de *roulement*.

2.2. Vivências do Processo de Integração

O desempenho das funções de enfermagem reveste-se de uma complexidade crescente, fruto não só, da emergência de novos saberes, mas também das alterações nas concepções dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, de enfermagem, resultantes das políticas de gestão dos serviços de saúde, e ainda, das alterações das expectativas dos clientes face a esses cuidados (Macedo, 2012).

A integração de pessoas é uma necessidade fundamental das organizações, considerando as constantes alterações sociais, profissionais e institucionais a que assistimos na atualidade. Representa, portanto, uma das atividades primárias da administração dos recursos humanos, cujo fim primordial é a adequada adaptação dos profissionais à organização, tendo em conta tanto os objetivos pessoais como institucionais (Macedo, 2012), sendo o sucesso desta adaptação do indivíduo determinante para o seu desempenho profissional (Fernandes, Geraldés, Batista & Alves, 2010).

O processo de integração na organização deve facilitar ao novo profissional a perceção do conjunto de normas, valores e objetivos estabelecidos na mesma e mais especificamente no serviço, com o propósito de proporcionar uma adaptação mais adequada do indivíduo a cada contexto, refletindo-se num adequado desenvolvimento profissional, exigido para a prestação de cuidados de qualidade.

Uma integração adequada permite à instituição atingir os seus objetivos, ao mesmo tempo que possibilita o desenvolvimento das potencialidades de cada elemento recém-admitido. Este processo de integração é particularmente importante para os enfermeiros, sobretudo na sua primeira experiência de trabalho, ou quando têm que mudar de serviço dentro de uma mesma instituição de saúde. É fundamental um programa de integração de qualidade, que permita um processo de socialização “rápido” e eficaz, assumindo o procedimento de integração como um processo contínuo e dinâmico, para o qual contribuem os diferentes atores (Gonçalves, 2013).

Um enfermeiro recém-chegado a um serviço, por mais competente que seja, necessita de uma formação inicial que o integre e o ajude a estabelecer uma relação adequada com os restantes profissionais; necessita ainda de uma clarificação das responsabilidades do posto de trabalho e a formação prática nas habilidades necessárias. A existência de um programa de acolhimento numa organização permite que o novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro da mesma (Marriner, 2009).

O processo de integração num serviço está plasmado na Carreira de Enfermagem, tal como define o Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro, Capítulo III, Artigo 9º (p. 6759-6760), quando, referindo-se ao conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro afirma que este deve:

“i) Colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;

o) Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores;

p) Orientar as atividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional”.

Ainda no Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro, Capítulo III, Artigo 10º (p.6760), referindo-se ao conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro Principal (Enfermeiro-chefe) afirma que este deve:

“i) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;

l) Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade;

p) Apoiar o enfermeiro diretor, designadamente, na admissão de enfermeiros e na sua distribuição pelos serviços e unidades, na elaboração de proposta referente a mapas de pessoal de enfermagem, no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade, na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação de condições e prioridades para projetos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas”.

São apontadas como vantagens de uma boa integração para a instituição: a diminuição do tempo de integração e dos custos que lhe estão associados e o desenvolvimento da satisfação profissional dos enfermeiros e de um senso de responsabilidade para a organização (Kurcgant, 1991). Na mesma linha de pensamento, a mesma autora refere como vantagens de uma boa integração para o enfermeiro: a diminuição do stresse, frustração e conflito; o aumento da autoconfiança, do auto desenvolvimento, da satisfação no trabalho executado e das necessidades pessoais.

À luz destes pressupostos, pretendeu-se que as enfermeiras recém-admitidas refletissem sobre o período em que estiveram em integração, pelo que surgiu um primeiro domínio referente às vivências do processo de integração.

Após a análise do discurso das enfermeiras emergiram seis categorias: *Caos Inicial; Estratégias Pessoais Adotadas; Estratégias de*

Supervisão; Contributos da SCE; Fatores Facilitadores e Fatores Dificultadores, bem como as respetivas subcategorias (Quadro 1).

Quadro 1 - Vivências do processo de Integração

Categorias	Subcategorias
Caos Inicial	Medo
	Desorientação
	Insegurança
	Ansiedade
	Stresse
Estratégias Pessoais Adotadas	Atualização científica
	Auto-implicação
	Auto supervisão
	Consulta de normas e protocolos
Estratégias de Supervisão	Demonstração
	Apoio
	Formação contínua
	<i>Feedback</i>
	Análise de casos
	Análise crítico-reflexiva das práticas
	Auto supervisão
Contributos da SCE	Clarificação
	Qualidade dos cuidados
	Satisfação profissional
	Motivação
Fatores Facilitadores	Desenvolvimento profissional
	Experiência profissional anterior
	Formação pós-graduada
	Formação contínua
	Acolhimento pela equipa
	Características do supervisor
	Disponibilidade do supervisor e da equipa
	Motivação para a mudança
Observação prévia de técnicas	
Fatores Dificultadores	Inexistência de plano de integração
	Escassez de recursos humanos
	Gestão do horário
	Inexperiência na área
	Inexistência de supervisor
	Duração do processo de integração
Contratações de curta duração	

CAOS INICIAL

O processo inicial de integração e a adaptação a um novo serviço ou o início da atividade profissional estão frequentemente associados a experiências de stresse e insegurança, relacionados com as novas atividades que precisam de ser desenvolvidas, conhecimentos que ainda precisam de ser aprofundados, o trabalhar com pessoas desconhecidas que, por vezes, adotam posturas intimidantes de avaliação, procurando mesmo falhas no planeamento e execução das atividades do elemento recém-admitido (Silva, 2010). Também Bastos (2001) sugere que durante o processo de integração surgem sentimentos de insegurança, ansiedade, angústia, incompetência e medo, relacionados com a falta de experiência profissional e lacunas durante a sua formação profissional (socialização).

As participantes referiram, que o seu processo de integração gerou *Medo, Desorientação, Insegurança, Ansiedade, Stresse*, sendo que alguns destes são comuns a todos os integrados, não variando com a experiência profissional.

Foi perceptível que grande parte das entrevistadas sentiu *Medo* durante o seu processo de integração:

“Muito medo, sobretudo medo de errar, porque estamos num serviço em que temos de atuar rápido e muitas vezes sob pressão, pela complexidade dos casos e onde exigem muita atenção e perícia da nossa parte... tinha receio de não ter a capacidade de dar resposta (...) de não corresponder (...)” E1; “ (...) senti (...) algum medo, que acho que é algo normal quando se vai para um serviço novo (...)” E3; “(...) medo de não fazer bem quando estivesse sozinha (...)” E7.

De acordo com a evidência científica, o medo é descrito como um sentimento, que acontece sobretudo, associado ao erro (Fernandes, 2004). Em enfermagem associa-se muito ao medo de errar e causar sofrimento ao

cliente. Relaciona-se, também, com a introdução de novas atividades e intervenções, pois o indivíduo confronta-se com o medo de não ser capaz (Fernandes, 2004). Pode-se dizer que a lógica formativa no processo de integração, assemelha-se à mesma utilizada nos ensinamentos clínicos de estudantes de enfermagem, ou seja, procura-se transmitir um padrão de atuação cultural, através da experiência, de modo que a integração e subordinação a essa atividade seja realizada conforme lhe é exigido (Fernandes, 2004).

Os medos surgem pelas condições de insegurança geradas pela novidade, pela incerteza e pelo tempo insuficiente para pensar a experiência. O medo de errar trabalha a consciência sócio moral do profissional recém-admitido, e se, por um lado, é uma situação geradora de stresse, por outro, é uma transação estimulante da consciência ética de não fazer mal (Fernandes, 2004). De acordo com a mesma autora, o medo de errar gera insegurança e esta conduz à incapacidade ou à impotência para agir; pode também estar associado a um déficit de conhecimento, nomeadamente, dos protocolos específicos de atuação, o que provoca tensão, sentimento de ignorância, porque se desconhece como fazer. Isso provoca desfasamento entre os tempos de execução do enfermeiro e os tempos de execução do supervisor (Fernandes, 2004).

Uma participante referiu uma Desorientação prevalente durante os primeiros dias de integração no serviço, o que não obstante a exemplaridade, considerou-se objeto importante de análise:

“Senti-me uma carta fora do baralho em algumas alturas... (risos) completamente desorientada (...)” E5.

A desorientação caracteriza-se por um sentimento associado a confusão de ideias, a sentimento de ignorância e a incapacidade para agir sobre algo. No estudo desenvolvido por Fernandes (p.32, 2004), é ainda relatada como “o não saber o que” e “como fazer”, “estar-se perdida”. De acordo com a mesma autora, a desorientação surge sobretudo, quando a

integração é rápida demais e é disponibilizado pouco tempo para reflexão; e quando os enfermeiros observam diferentes formas de executar o mesmo trabalho, decorrente de diferentes modelos de prática dos supervisores que os acompanhavam, podendo gerar confusão (Fernandes, 2004).

Outras entrevistadas manifestaram ter sentido *Insegurança* durante os primeiros dias no serviço, embora considerassem ser algo normal, inerente ao processo:

“Senti (...) insegurança em alguns momentos (...)” E1; *“(...) confesso que me senti um bocadinho ‘burra’ em algumas coisas (...)”* E4; *“Fiquei um bocadinho aflita no início porque é um serviço novo e uma pessoa não está tão à vontade, não tem aquela confiança (...)”* E8; *“(...) é normal que sintamos insegurança (...)”* E11.

A insegurança é descrita como falta de confiança para executar. É um sentimento, que surge quando há muitas atividades para realizar em pouco tempo e em que o enfermeiro recém-admitido não consegue distinguir o que é prioritário, assim como em situações imprevistas da prestação de cuidados, que exigem um conhecimento da situação, um planejamento rápido com tomada de decisão para o qual ainda não estão preparados (Fernandes, 2004). Conforme esta autora, o confronto com a prática clínica pode trazer um forte sentimento de ignorância, numa fase inicial de adaptação.

O sentimento de insegurança é comum aos profissionais que se encontram em processo de integração, tal como relatado no estudo de Silvestre (2012), em que a maioria dos participantes, independentemente da experiência profissional, referiu ter sentido de forma intensa insegurança, medo e stresse.

A *Ansiedade* foi também sentida na fase inicial de adaptação, associada à integração a um serviço desconhecido e à vontade de desenvolver as intervenções de enfermagem, corretamente.

“(...) qualquer pessoa que vem trabalhar para um sítio novo, sente-se um pouco ansiosa (...)” E4; “(...) também muito ansiosa por querer fazer tudo bem e fazer tudo sozinha (...)” E7; “Alguma ansiedade (...) porque é um serviço que tem muito poucas rotinas, de um momento para o outro tudo se altera (...)” E9.

A ansiedade caracteriza-se como um estado de tensão para agir. Há uma relação intrínseca entre ansiedade e os medos: o medo de agir, o medo de desconhecer a forma de realizar a atividade (Fernandes, 2004). A ansiedade aumenta quando alguém está a observar a execução das atividades; quando se desconhecem as rotinas e protocolos no decorrer da integração e se está incerto relativamente à correção da forma de fazer desta ou daquela atividade; quando os turnos de trabalho mudam para o turno noturno, a ansiedade volta a aumentar, uma vez que no turno da noite o rácio enfermeiro /doente aumenta, ficando o supervisor com mais doentes atribuídos e, conseqüentemente, menos tempo para apoiar e acompanhar o enfermeiro em integração que, muitas vezes, também tem mais clientes atribuídos; a quantidade de medicação a preparar e administrar é muito maior (contempla um maior leque de fármacos desconhecidos), e em consequência, o enfermeiro sente que tem maior probabilidade de errar (Fernandes, 2004).

O Stresse associado às novas intervenções e atividades de enfermagem a desenvolver e aos conhecimentos que ainda teriam de ser aprofundados, foi também expressado por algumas participantes:

“(...) Foi muito stressante” E5; “O que me preocupou um pouco foi o sistema informático, não estava habituada (...) Não é difícil, mas na altura foi até a situação que me causou mais stresse (...) há sempre aquele stresse dos colegas já terem o serviço todo adiantado e eu ainda estar a meio e terem de vir ajudar” E6.

O stresse resulta da integração do indivíduo com as situações da vida (Fernandes, 2004). O stresse no trabalho pode ser entendido como um

desajuste entre as exigências da profissão e as competências que o indivíduo possui para fazer face às mesmas, no sentido do desenvolvimento da sua ação, enquadrando-se neste conceito o stresse dos enfermeiros em processo de integração profissional (Custódio, Pereira e Seco, 2006). Segundo a perspetiva de Quick *et al.* (1997), o stresse surge como a mobilização inconsciente que o sujeito faz dos seus recursos, em resposta às exigências organizacionais e do trabalho. Pode entender-se este sentimento como a reação emocional, física e cognitiva que um indivíduo tem, para com uma situação que exige demais dele próprio. A European Agency for Safety and Health at Work (2000), refere-se ao stresse como um estado psicológico, que reflete um processo de interação entre a pessoa e o seu ambiente, nomeadamente o ambiente de trabalho.

ESTRATÉGIAS PESSOAIS ADOTADAS

Os enfermeiros em integração não se excluem dos elementos que se consideram importantes para o sucesso do processo de integração, devendo portanto, esforçar-se para que este processo se desenvolva de forma harmoniosa e se revista de sucesso. Devem procurar obter um conhecimento aprofundado da equipa e dinâmica do serviço, consultar o material de suporte presente no serviço e adquirir ou aprofundar conhecimentos específicos relacionados com os cuidados de enfermagem (Silvestre, 2012).

Tendo subjacente os sentimentos que caracterizam o *caos inicial* do processo de integração, reconhece-se a necessidade de os enfermeiros desenvolverem estratégias de *coping* (Lazarus e Folkman, 1984) com o intuito de se adaptarem às circunstâncias adversas e stressantes da sua integração e lidarem com a situação de uma forma mais saudável.

As estratégias de *coping* referem-se a ações cognitivas ou de comportamento tomadas no decorrer de um episódio de stresse. Em todas

as circunstâncias indutoras de stresse há dois tipos de situações fundamentais com que o indivíduo tem que aprender a lidar: o problema e as emoções (Custódio, Pereira e Seco, 2006). Tal permite identificar duas estratégias de *coping* fundamentais: *coping* centrado no problema, que envolve o indivíduo em tentativas ativas para enfrentar a fonte de stresse no sentido da resolução dos problemas e assim reduzir a perceção da ameaça; e *coping* centrado nas emoções, que inclui estratégias destinadas a reduzir os níveis de ansiedade, minimizando as consequências de uma situação que não pode ser alterada. Quando o indivíduo utiliza estratégias de *coping* eficazes, as emoções podem ser ajustadas e a situação de stresse resolvida (Custódio, Pereira e Seco, 2006).

Os mecanismos de *coping* desempenham um papel fulcral no processo de gestão do stresse, tendo igualmente implicações ao nível do bem-estar e saúde dos indivíduos (Sheu, Lin & Hwang, 2002).

De acordo com o discurso das participantes verificou-se que usaram, sobretudo, estratégias de *coping* focadas no problema, especialmente, porque o stresse foi vivenciado com pouca intensidade e a situação foi encarada como controlada e resolúvel. No discurso das participantes identificaram-se diferentes estratégias utilizadas para se adaptarem à situação: *Atualização Científica*, *Auto-implicação*, *Auto supervisão* e *Consulta de normas de protocolos*.

Os enfermeiros constituem um grupo profissional representativo nos cuidados de saúde, nos quais têm uma participação ativa, com o dever de assegurar a procura de uma visão da qualidade em saúde. Assim, é expectável que tenham um percurso de desenvolvimento profissional centrado na prática, orientado por uma ação baseada na evidência, com o ativo envolvimento dos contextos de cuidados e educativos no processo de certificação de competências (OE, 2007). Deste modo, espera-se que o enfermeiro recém-admitido tenha a iniciativa de se manter atualizado, devendo desenvolver e assumir responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das suas competências (OE, 2012).

É clara a noção das enfermeiras sobre a pertinência do conhecimento atual e relevante para poderem argumentar e basear as suas opiniões na evidência científica e, assim, adaptarem-se mais facilmente às particularidades do novo serviço. A atualização científica tem por base a autoformação, a qual exige iniciativa e motivação na procura individual do conhecimento e da excelência das competências técnicas e relacionais. É desenvolvida tendo em conta a constante interação entre o indivíduo e o meio que o rodeia, construindo-se através das experiências e do próprio processo de formação (Amiguinho, 1992).

Neste sentido, uma das estratégias pessoais referida por mais participantes, com o objetivo de darem resposta às suas necessidades e desenvolverem uma prática baseada na evidência, foi a Atualização científica:

“(...) muita pesquisa e aprofundei conhecimentos mais específicos da área, sempre que verifiquei que tinha dúvidas ou mais dificuldades em algum aspeto que me ia surgindo na prática” E3; “(...) tive de fazer algum trabalho de casa (...) foi necessário rever alguma medicação, patologias, assim como algumas técnicas (...)” E6; “(...) tinha estagiado cá, havia algumas coisas que ainda me lembrava, outras tive de estudar mais um pouco (...)” E7; “Procurar informação, tive de estudar, pesquisar, tive de voltar a relembrar alguns conceitos (...)” E8; “(...) sempre que surgia algo novo tirava notas num bloco para chegar a casa e ir procurar sobre isso e estudar (...)” E10.

A ideia das participantes corrobora o estudo realizado por Silvestre (2012), no qual os enfermeiros gestores que participaram no mesmo, consideraram que para que o novo elemento seja mais rápida e facilmente integrado no novo serviço, é desejável que este seja capaz de se formar e realizar pesquisa, lendo alguns livros específicos, por exemplo, acerca do tipo de trabalho técnico/profissional a desenvolver. O processo exige

normalmente algum tempo, mas pretende-se que, no final, o profissional obtenha ganhos com isso.

Da análise das entrevistas também foi possível identificar que vários participantes utilizaram como estratégia a Auto-implicação, adotando uma postura proactiva, de empenho e envolvimento na construção do conhecimento.

“(...) adotei uma postura de responsabilidade e de trabalho e dediquei-me bastante, sobretudo a nível de estudo pessoal... tinha a noção que iriam exigir muito e tinha de corresponder” E2; “Por iniciativa fui pedindo alguns documentos, a colegas, que considerei importantes para aprofundar conhecimentos (...)” E3; “Por iniciativa tentava participar em tudo que fosse pertinente (...)” E4; “(...) tinha de aproveitar o mais possível o melhor que os colegas tinham para partilhar comigo (...)” E6;

As vantagens da postura adotada por algumas das enfermeiras entrevistadas, corrobora a opinião de Dias (2006), quando refere que quando os formandos se envolvem nas atividades, sentem-se mais responsáveis pela sua aprendizagem e qualidade do seu desempenho.

Da análise do discurso das participantes emerge também a Auto supervisão, como uma estratégia pessoal utilizada, na medida em que refletiam sobre a prestação de cuidados e aprendiam com a sua experiência:

“(...) sempre tive o costume de realizar uma introspeção, de modo a identificar as minhas dificuldades, os meus erros e aspetos que poderia melhorar” E4.

Conforme a opinião das enfermeiras, Carvalho, Ventura e Barroso (2004), consideram que esta estratégia tem diversas vantagens, uma vez que o supervisionado identifica e analisa as suas dificuldades, erros e défices de conhecimento, revendo de forma sistemática as suas práticas, aprendendo com base na reflexão sobre a experiência e equacionado problemas, o que possibilita o aumento da autoconfiança e da autoestima,

o que contribui para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Também no estudo de Rocha (2013), a estratégia auto supervisão foi das mais implementadas pelos enfermeiros, pois trata-se de uma estratégia de introspeção, autoanálise e de autorreflexão, que possibilita ao supervisionado sentir-se mais confiante e seguro no desempenho profissional.

As enfermeiras referiram que a *Consulta de normas e protocolos* foi outra das estratégias que adotaram com vista à melhor integração no serviço:

“(...) fui pedindo aos colegas alguns documentos e pude consultar as normas e protocolos específicos deste serviço (...)” E1; “A nível de material de apoio, como normas e protocolos, está tudo organizado em capas... disseram-me onde estava e coube-me a mim pesquisar (...)” E8; “(...) ler os protocolos para ficar mais inteirada das especificidades do serviço (...)” E12.

A consulta das normas e protocolos contribuiu para a aquisição de informação que foi facilitadora da sua integração na dinâmica do serviço, à semelhança do relatado pelos participantes no estudo de Silvestre (2012), que referiram que lhes foram facultados um conjunto de documentos, normas e protocolos, fundamentais para facilitar a integração na dinâmica do serviço.

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

ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO

Estratégia é definida como um plano de ação através do qual se opta, organiza e gerem as atividades, de modo a se alcançar um objetivo (Simões 2004). Para que o supervisionado alcance eficazmente o máximo potencial da sua evolução profissional é requerido ao supervisor que desenvolva diferentes estratégias de supervisão que favoreçam o desenvolvimento das competências necessárias (Garrido, Simões & Pires, 2008).

As estratégias de supervisão têm como finalidades, prestar atenção, clarificar, encorajar, servir de espelho, dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar, condicionar e estabelecer critérios (Simões & Garrido, 2007). São consideradas fundamentais para a melhoria do desempenho profissional do enfermeiro, pelo que, o supervisor clínico deve possuir conhecimento sobre as metodologias mais eficientes a promover, como também mobilizar os recursos adequados às necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento dos supervisionados, de modo a garantir uma implementação eficaz e bem-sucedida da prática reflexiva e, conseqüentemente, promover o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro (Chong, 2009; Moura & Mesquita, 2010).

Na opinião das participantes deste estudo, as estratégias de supervisão são ainda importantes, na medida em que contribuem para a melhoria dos cuidados prestados:

“Através da partilha, da reflexão crítica sobre o cuidar e a inovação, em variados momentos da prática, bem como durante as sessões de formação no serviço, certamente contribuiu para que atingisse um dos objetivos mais importantes para mim, que é prestar cuidados de qualidade e significativos para os utentes” E12.

O supervisor clínico deverá selecionar as estratégias de supervisão que melhor se adequem à personalidade e características do supervisionado, tendo em vista o estabelecimento de uma relação favorável à aprendizagem e os objetivos que se pretendem alcançar, o que, juntamente com o comportamento, as atitudes e as expectativas relativamente ao supervisionado, são determinantes para o sucesso ou insucesso do processo supervensivo (Pires, 2004; Fonseca, 2006; Jones, 2006).

No discurso das participantes foi possível identificar *Estratégias de Supervisão* implementadas durante o seu processo de integração, que concorrem para a valorização do exercício dos enfermeiros, tendo sido percecionadas pelos supervisionados como pertinentes, relevantes e adequadas, pelo contributo que assumem na melhoria das práticas clínicas, as quais vão de encontro às estratégias supervisivas referidas por Rocha (2013), nomeadamente: *Demonstração, Apoio, Formação contínua, Feedback, Análise de casos, Análise crítico-reflexiva das práticas, Auto supervisão e clarificação*.

A *Demonstração* foi referida pela maioria das participantes, como estratégia de supervisão muito positiva e facilitadora:

“(...) através da exemplificação, seguida de espaço para a prática supervisionada, foi possível perceber o que estava menos bem e desenvolver essas competências e capacidades.” E3; “ (...) a colega demonstrou-me o que era suposto fazer, as rotinas do serviço (...)” E6; “(...) acompanhava a colega em todos os cuidados que prestava e ela ia tendo a preocupação de me explicar o que estava a fazer e de me perguntar com frequência se tinha alguma dúvida (...) numa fase inicial havia procedimentos que a colega demonstrava primeiro, porque eu não estava à vontade, e numa segunda vez já era eu a fazer com a supervisão e orientação dela” E11.

A demonstração é um processo que permite ao supervisor clínico explicar ou ensinar ao supervisionado, como executar ou abordar uma determinada situação, favorecendo o desenvolvimento da prática e dos saberes na ação (Carvalho, 2003). Apresenta-se como uma estratégia bastante rica, dado que o supervisionado aprende colaborando ou apenas observando a exemplificação do seu supervisor (Simões, 2004).

Conforme considerado pelas participantes deste estudo, também os entrevistados no estudo de Rocha (2014), consideraram que o recurso à demonstração constituiu um aspeto facilitador do seu desenvolvimento profissional. Concomitantemente, uma das estratégias que os enfermeiros consideram ser mais aplicadas nos serviços de saúde, e que desejam que sejam mais frequentemente implementadas é a demonstração (Rocha, 2013).

No discurso das entrevistadas foi também possível depreender que o Apoio é referido na vertente de suporte pessoal e profissional, isto é, há acompanhamento da prática clínica no sentido de o supervisionado ter alguém de referência a quem recorrer:

“(...) nunca me senti abandonada, porque os colegas ajudaram-me muito e estive sempre apoiada por alguém (...)” E4; “(...) senti que fui acompanhada e apoiada pelos colegas, o que foi muito importante, pois isso deu-me muita confiança... saber que temos ali alguém para nos ajudar dá-nos outra confiança e, se calhar, isso faz fluir melhor o nosso trabalho (...)” E5; “(...) o apoio pessoal e profissional que recebi dos colegas foi muito importante, pois deixou-me mais confiante, mais calma e claro que assim vimos trabalhar com outro ânimo... sem medos (...)” E6; “(...) senti que tive apoio, quer a nível pessoal como profissional, por parte dos colegas (...) sempre que pedi ajuda nunca recebi um não como resposta... [O supervisor] assume a figura central no processo de aprendizagem do colega recém-admitido, tendo sido fundamental no apoio e gestão de emoções, principalmente durante os primeiros tempos” E11.

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

Compete, portanto, ao supervisor clínico proporcionar um ambiente de apoio ao supervisionado, viabilizando a exploração das dificuldades, e otimizando a compreensão e a resolução dos problemas, fomentando a qualidade da prática e potenciando o seu desenvolvimento (Cutcliffe *et al.*, 1998 cit. por Rocha, 2013).

Neste âmbito, Parker (2004, cit. por Koivu, Saarinen & Hyrkäs, 2011) refere que a SCE tem sido largamente recomendada como meio de apoio para os enfermeiros, facilitando a compreensão de aspetos menos fáceis do seu trabalho e inculcando-lhes mecanismos de resiliência tão importantes para o seu exercício.

Os dados obtidos a partir da análise do discurso das entrevistadas, corroboram com o estudo realizado por Cross, Moore & Ockerby (2010), no qual surgiu a categoria “*I’m not the only one*”, onde os participantes referiram uma sensação de alívio quando tinham a oportunidade de partilhar as suas experiências com alguém, na medida em que podiam perceber que não eram os únicos a experimentar sentimentos de frustração e stresse no seu dia-a-dia de trabalho. Notaram ainda que ao partilhar estes sentimentos, lhes era mais fácil encontrar estratégias que lhes permitiam lidar com as situações com mais eficácia.

Salienta-se ainda o facto de no estudo de Rocha (2013), o apoio surgir na terceira posição no *ranking*, das estratégias que os enfermeiros gostariam que fosse mais frequentemente implementada, o que é congruente com o estudo de Butterworth & Bishop (1995), em que um dos oito fatores identificados como cruciais para o desempenho de uma prática ideal é o apoio.

As entrevistadas mencionaram ainda a *Formação contínua* como uma estratégia de supervisão crucial para aumentar os seus conhecimentos, promover o seu desenvolvimento e evolução face à profissão:

“Tive formação que foi feita através dos nossos pares, os colegas mais velhos (...) que são considerados peritos e com mais tempo de serviço naquela área (...) a nossa evolução vai sendo feita assim.” E4; “(...) as formações em serviço foram e são muito importantes para o desenvolvimento de conhecimentos e competências (...) pois são momentos muito ricos em aprendizagem e troca e partilha de experiências e vivências.” E8.

A formação contínua é considerada por Pires (2004), como uma estratégia formativa fundamental, no que respeita à atualização de conhecimentos e práticas, uma vez que favorece o acompanhamento do profissional ao longo do seu percurso, contribuindo para o seu desenvolvimento profissional. Importa, por isso, que sejam contemplados momentos para a atualização profissional e formação contínua do enfermeiro, que deve ter supervisão contínua apropriada, no sentido de progredir profissionalmente (Garrido, Simões & Pires, 2008; Rocha, 2013).

A formação contínua deve estar centrada na educação permanente, permitindo que todos os profissionais tenham um desenvolvimento contínuo e ultrapassem as suas dificuldades com empenho, potenciando assim, a melhoria dos serviços de saúde e dos profissionais envolvidos (Pisco, 2000).

De acordo com Soares (2004), a formação em contexto de trabalho assume-se como uma oportunidade única de aquisição e desenvolvimento de saberes práticos.

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

Através da formação em serviço, os enfermeiros conseguem desenvolver a sua competência na área do saber agir profissionalmente e na tomada de decisão em situações imprevisíveis, e muitas vezes complicadas, da prática de enfermagem, sendo a supervisão um processo permanente de enriquecimento mútuo e de ajuda entre colegas, assente numa relação interpessoal saudável, que concorre para a formação em serviço (Alarcão & Tavares, 2007).

A opinião das participantes corrobora o estudo de Rocha (2014), no qual os enfermeiros atribuíram ênfase à dimensão da aprendizagem ao longo da vida, que pressupõe a aquisição contínua de competências, crucial no desenvolvimento profissional de qualquer enfermeiro.

Continuando a análise da informação proveniente das entrevistas, foi ainda identificada a subcategoria *Feedback*, uma estratégia bastante salientada pelas entrevistadas, como contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional:

“(…) quando se voltasse a repetir a técnica, já fazíamos em conjunto e iam-me dizendo se estava a fazer bem ou não, e no fim perguntavam-me como me tinha sentido a realizar o procedimento, quais as minhas principais dificuldades.” E8; “(…) deu-me dicas que poderiam fazer a diferença numa fase posterior e foram-me consciencializando sobre o meu desempenho, o que foi muito importante para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira (…).” E9; “(…) Em novas oportunidades fazia eu com o acompanhamento dela e ia-me dando feedback sobre o meu desempenho, quais os aspetos a melhorar (…).” E10; “A colega também procurava sempre dar-me feedback sobre o que tinha acontecido no turno... de uma forma geral fazia críticas construtivas, o que é bom, pois é uma maneira de nós crescermos, de olharmos para os cuidados muitas vezes com outros olhos.” E12.

Esta estratégia tem o objetivo de promover a consciencialização do supervisionado sobre o seu desempenho, constituindo-se como base do desenvolvimento do supervisionado (Ping, 2008). Ao colocar em prática esta

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

O *feedback* potencia a melhoria da comunicação entre supervisores e supervisionados e contribui para a clarificação desses papéis. Também no estudo realizado por Cross, Moore & Ockerby (2010), os participantes concordaram com a importância do supervisor lhes dar *feedback* positivo e construtivo sobre as questões de trabalho. O uso desta estratégia de supervisão fê-los sentirem-se valorizados, ao mesmo tempo que sentiram a validação das suas ações por alguém mais qualificado e lhes permitiu discutir os problemas no local de trabalho, em vez de levarem os problemas para casa, deixando que estes influenciassem a sua vida pessoal.

Outra estratégia referida pelas entrevistadas, como utilizada pelos seus supervisores foi a *Análise de casos*:

“(...) sempre que havia um tempinho disponível, analisávamos e refletíamos sobre alguns casos da prática” E6; “(...) enquanto prestávamos cuidados, muitas das vezes aproveitávamos para discutir alguns aspetos sobre o caso (...)” E9; “ (...) análise e discussão de casos de doentes, fruto do vasto conhecimento que elas têm (...) isso vai influenciar muito as nossas aprendizagens, a nossa evolução e desenvolvimento” E10

A opinião das participantes corrobora a evidência sobre esta estratégia, que aponta a análise de casos como uma partilha e discussão de situações reais e problemas que advêm da prática clínica, através da qual se pretende o desenvolvimento do conhecimento e do pensamento crítico-reflexivo. As situações clínicas estão contextualizadas e apresentam um

grau de complexidade e envolvimento sociocultural, que exigem uma análise detalhada e profunda (Simões, 2004). Também os dados obtidos por Rocha (2013) e Pinto (2013), fundamentam o parecer das entrevistadas, uma vez que verificaram que a análise de casos com o supervisionado é uma estratégia bastante utilizada, sobretudo pelos enfermeiros do contexto hospitalar, sendo considerada das estratégias de SCE com maior relevância.

A análise de casos é uma estratégia potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos, no decorrer da qual, o supervisor deverá ajudar o supervisionado a estruturar os seus conhecimentos, estabelecendo conexões entre factos, de forma a equacionar problemas e a estimular a sua capacidade de extrapolação na resolução de situações similares, isto é, deve ensiná-lo a aprender com a experiência (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004). Além disso, o supervisor clínico deverá estabelecer um clima de cooperação com o supervisionado, fomentando a contratualização da aprendizagem, que lhe permita analisar em conjunto os incidentes críticos de forma a aplicar técnicas de resolução de problemas (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004).

As participantes também identificaram a Análise crítico-reflexiva das práticas como sendo uma estratégia presente durante a sua integração:

“(...) através da reflexão sobre as práticas, foram resultando aprendizagens significativas e fui desenvolvendo as minhas capacidades e competências, sobretudo do saber-fazer (...)” E5; “(...) tive a sorte de ser orientada por duas colegas bastante experientes, e especialistas na área, o que permitiu vários momentos de reflexão da prática (...) foi muito importante a avaliação daquilo que foi o dia, das dúvidas que se tinha... no final do turno tirávamos 5 minutinhos para falarmos um pouco sobre as minhas dificuldades, sobre como me sentia, o que achava que podia melhorar (...)” E10.

Para as participantes deste estudo, a partilha de conhecimentos e experiências entre colegas leva ao enriquecimento individual através da reflexão e beneficia o cliente, na medida em que se delimitam estratégias de atuação discutidas e refletidas para o melhor benefício do mesmo. Segundo Garmston & colaboradores (2002), sendo a reflexão um procedimento chave para o desenvolvimento de competências, através da promoção da capacidade de reformular a experiência e gerar novas alternativas, constitui também uma ferramenta essencial na avaliação das situações da prática, no sentido de gerar novas e melhores aprendizagens, através da experiência profissional individual e conjunta.

Nesta área, são relevantes os trabalhos desenvolvidos por Donald Schön, que considera essencial o desenvolvimento de uma prática reflexiva durante o período de formação profissional, definindo três elementos básicos: conhecimento na ação, reflexão na ação e reflexão sobre a ação (Schön, 1983 cit. por Rua, 2011). Estas três componentes constituem um método ativo, guiado por etapas, em que a reflexão sobre cada uma prepara o campo para a próxima (Schön, 2000).

O conhecimento na ação é considerado como o conjunto de conhecimentos que o supervisionado possui, e que necessita de mobilizar de forma espontânea, para dar resposta a uma determinada situação (Alarcão, 1996).

A reflexão na ação refere-se ao conhecimento existente durante a realização da ação, e pressupõe que o supervisionado seja capaz de pensar e analisar as práticas de forma a estruturar as suas intervenções, de acordo com a evolução da situação, facto que acontece de forma sistemática na prática clínica de enfermagem (Schön, 1983 cit. por Rua, 2011).

De facto, a análise critico-reflexiva das práticas é uma estratégia formativa essencial, pois contribui para o desenvolvimento de capacidades formativas e para o próprio desenvolvimento pessoal e profissional, pelo que urge a necessidade de se criarem espaços para a reflexão nos contextos da prática (Garrido & Simões, 2007). A prática reflexiva fomentada pela SC,

proporciona “(...) *um equilíbrio e uma aliança entre sentimentos, intuição, habilidades emocionais, capacidade cognitiva e quadros conceituais*” (Garrido, Simões & Pires, 2008, p. 99). Na aplicação desta estratégia o supervisor clínico deverá promover a autonomia progressiva do supervisionado, questionando-o sobre a sua prática (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004), ajudando-o também a desenvolver capacidades de se questionar sobre a mesma.

A Auto supervisão foi outra estratégia de supervisão referenciada pelas entrevistadas:

“(...) no fundo, obrigavam-me a refletir e a fazer uma introspeção sobre o meu desempenho, o que é muito importante porque mais facilmente percebemos o que temos de estudar e aprofundar conhecimentos” E8;
“(...) Eu própria chegava ao final do turno e pensava um pouco em como tinha corrido... o que precisava de melhorar, o que era prioritário estudar (...)” E9.

A auto supervisão é uma estratégia de introspeção metacognitiva, de autoanálise e de autorreflexão, que permite ao supervisionado sentir-se mais confiante e seguro das suas práticas, aumentando a sua autoestima (White *et al.*, 1998). Esta estratégia pressupõe que o supervisionado seja capaz de identificar e analisar as suas dificuldades, erros e zonas de não saber, revendo de forma sistemática a sua atuação, utilizar técnicas de autoavaliação, orientar e planear a sua própria formação, aprender com a experiência, equacionar problemas e questionar situações (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004).

Também nos estudos realizados por Pinto (2013) e Rocha (2013), a auto supervisão foi considerada uma estratégia fundamental para os supervisionados, na medida em que estes refletem sobre a prestação de cuidados e aprendem com as suas experiências.

Por último, a *Clarificação* foi também mencionada por várias participantes, como estratégia de supervisão adotada pelos seus supervisores:

“(...) no início de cada turno a maioria dos colegas tinha a preocupação de me perguntar se tinha alguma dúvida relativamente ao turno anterior e no final dos turnos, costumávamos ficar a falar sempre um bocadinho (...)” E4; “(...) Esteve sempre disponível para me esclarecer dúvidas (...)” E6; “O esclarecimento de dúvidas que nos é fornecido por alguém tão experiente e as reflexões e discussões que vamos tendo ao longo dos turnos, acho que acabou por conduzir a minha prestação de cuidados numa fase posterior (...)” E7; “(...) a colega foi-me disponibilizando uma orientação mais direta, com preocupação em esclarecer as minhas dúvidas e em perceber as minhas dificuldades” E12.

A opinião das participantes suporta o referido por Garrido e Simões (2007), que consideram a clarificação, uma estratégia de supervisão fundamental ao longo do processo de integração das participantes, uma vez que o supervisor interroga e faz afirmações que ajudam a clarificar e compreender o pensamento do supervisionado.

CONTRIBUTOS DA SCE

A excelência do exercício da enfermagem passa por um trajeto profissional estimulante de uma prática crítica e reflexiva, promotor da qualidade das práticas, em que a SCE representa um papel fundamental, capaz de produzir efeitos positivos largamente documentados pela evidência científica (Cruz, 2008).

As instituições de saúde são, geralmente, organizações complexas e com um elevado nível de exigência no que concerne à gestão dos recursos,

aos processos de formação e à segurança dos cuidados. A implementação sistemática de processos de gestão da qualidade nos hospitais contribui para a disciplina das metodologias de trabalho, para a racionalização de recursos, assim como para a minimização das debilidades e erros e prevenção de potenciais problemas (Abreu, 2007).

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

Atualmente, o cidadão exige cada vez mais que lhe sejam facultados serviços de saúde com a máxima qualidade, solicitando uma participação mais ativa na tomada de decisão que envolve a sua saúde, tendo altas expectativas quanto aos resultados dos cuidados que lhe são prestados. Nesta conjuntura, as instituições vêm-se compelidas a procurar e a desenvolver estratégias que lhes permitam elevar o cuidar a um nível ótimo de qualidade, que se traduza na satisfação do cliente, procurando, em simultâneo, aperfeiçoar as condições para o exercício dos profissionais de saúde (Tavares, 2013).

De uma forma crescente, a SCE tem vindo a ser considerada como uma ferramenta fundamental para a manutenção de um ambiente propício à prestação de cuidados de qualidade. Esta tem o potencial de conferir aos serviços de saúde a propriedade de se tornarem contextos de excelência, modelos de um cuidar centrado no cliente, através da motivação ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Tavares, 2013).

Atualmente a SCE constitui-se como uma das dimensões relevantes nos processos da qualidade e da acreditação, tendo em conta os ganhos que proporciona a nível de assistência (Abreu, 2007). De facto, verifica-se que em organizações de saúde onde são implementados programas de acreditação da qualidade, os enfermeiros referem que experienciaram

mudanças positivas não só nos aspetos logísticos, mas também da própria organização dos serviços, o que permitiu que houvesse uma melhoria a nível das práticas de orientação e supervisão e, ainda, nos cuidados oferecidos à população (Pires, 2004).

De acordo com a evidência científica, a SC é perspetivada como parte integrante da enfermagem e tem vindo a suscitar interesse à investigação, à educação e às próprias organizações de saúde (Butterworth *et al.*, 2008), revestindo-se de vantagens ao nível pessoal e organizacional (White & Winstanley, 2006; Hyrkäs & Shoemaker, 2007), na tomada de decisão ética (Barbosa & Severinsson, 2005) e na recuperação dos clientes (Hansebo & Kihlgren, 2004; West, Maben & Rafferty, 2006). Esta ideia corrobora com a de uma entrevistada que refere:

“(...) para mim supervisão é o processo de acompanhamento, no qual um colega mais velho e mais experiente transmite os seus conhecimentos, as suas experiências e habilidades aos colegas com menos experiência, para que desenvolvam a sua prática com mais qualidade e segurança (...)” E8.

A qualidade em saúde (QeS) é uma tarefa multiprofissional, pelo que a OE considerou imperativo a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal (OE, 2001). A QeS não se atinge apenas através do exercício profissional dos enfermeiros, mas o papel destes profissionais revela-se determinante nos esforços das instituições para obter a máxima qualidade, pela proximidade que têm com os clientes. A partir do momento em que são definidos os padrões de qualidade em enfermagem, é imprescindível que cada enfermeiro contribua para o desenvolvimento dos sistemas de melhoria contínua da qualidade, tanto do exercício profissional, como dos cuidados prestados. Neste sentido, as instituições de saúde devem ser promotoras da prática reflexiva, com o planeamento de estratégias cujo objetivo é atingir os padrões de qualidade

definidos. Estes pressupostos são determinantes na manutenção da segurança do cliente e essenciais nos cuidados de saúde de qualidade (Cunha, 2008).

A excelência do exercício da Enfermagem passa por um trajeto profissional estimulante de uma prática crítica e reflexiva, promotor da qualidade das práticas, em que a SCE representa um papel fundamental, capaz de produzir efeitos positivos largamente documentados pela evidência científica (Cruz, 2008). Os seus contributos traduzem-se, nomeadamente, na redução do número de reclamações, numa maior organização dos serviços e melhor desempenho das unidades de saúde (Abreu, 2007), visto que os processos supervisivos permitem desenvolver competências e habilidades profissionais num ambiente de aprendizagem reflexiva; aumentar a eficácia clínica; melhorar os padrões de qualidade dos cuidados por via de uma prática baseada na evidência e da incorporação da reflexão e da introdução de inovações na prática clínica; proporcionam o apoio e suporte ao desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e permitem assegurar a proteção dos melhores interesses dos clientes; sendo considerado um direito de todos os profissionais e uma responsabilidade de gestores, chefias e supervisores clínicos, garantir que estes processos ocorram nos contextos de trabalho (NHS, 2011).

As vivências das participantes relativamente à SCE vão de encontro ao referido na literatura, pois mencionam:

“A supervisão é sempre importante (...) sentimos que temos ali alguém ao nosso lado e isso é imprescindível principalmente numa fase inicial... podemos estar inseguros a nível de protocolos e rotinas e podemos sempre perguntar... se nos esquecermos de algo, aquela pessoa está sempre ali para nos dar a resposta (...) por isso acho fundamental a supervisão que nos é dada.” E7.

A análise do discurso das enfermeiras permitiu também concluir que a SCE é considerada um processo importante para a segurança e Qualidade dos cuidados que os enfermeiros prestam:

“(...) ter sido orientada por colegas bem mais experientes do que eu na área, foi determinante para a profissional que sou hoje e para os cuidados que presto (...) A supervisão disponibilizada ajuda-nos a (...) praticarmos cuidados com excelência e que sejam significativos para as pessoas (...) agir de forma fundamentada e responsável” E3; “(...) se temos alguém com mais experiência e conhecimento na área, mais facilmente estão sensibilizados para erros que ocorrem com mais frequência e já nos alertam para isso... e conseqüentemente, iremos certamente prestar melhores cuidados” E4; “(...) através do espírito de equipa e da entreaajuda que as colegas prestaram, mais facilmente se evitaram os erros e os cuidados são mais seguros e de qualidade (...)” E5; “(...) através do acompanhamento da prática profissional disponibilizada pela colega e através dos momentos de reflexão e de análise da prática, passou-se a valorizar cada vez mais a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, o que se traduz em ganhos e maior qualidade” E7; “(...) através dos comportamentos e das atitudes de entreaajuda e companheirismo por parte dos colegas num processo em que exigem de nós uma rápida adaptação, foi possível o desenvolvimento de competências quer profissionais, quer humanas para uma prática de cuidados mais segura, mais autónoma e de maior qualidade (...)” E9; “(...) ser acompanhada por uma das colegas mais velhas e mais experientes é ótimo (...) assegurou sempre a segurança através da observação, acompanhamento e avaliação dos cuidados prestados, o que releva muito para a qualidade do que fazemos” E11.

Estes resultados corroboram os evidenciados no estudo de Pires (2004), Cruz, Carvalho e Sousa (2012) e Tavares (2013), em que os enfermeiros referiram a relevância da SCE para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A SCE foi também referida pela grande parte das participantes, como um contributo para a melhoria dos níveis de Satisfação profissional:

“(...) a satisfação profissional relaciona-se muito com um bom ambiente de trabalho. E, de facto, tive a sorte de vivenciar isso durante a minha integração, o que foi meio caminho andado para que me sentisse mais realizada, mais valorizada pelo meu trabalho e pelo meu esforço (...) foi muito importante pois fez-me ficar menos ansiosa e menos stressada” E4;
“Quando a integração decorre de forma adequada e potencia o desenvolvimento das nossas competências e habilidades, penso que contribui bastante para a satisfação profissional... acabamos por nos sentir bem no trabalho, temos vontade de vir trabalhar, e com vontade, acabamos por fazer as coisas com mais brio e melhor” E7;
“(...) sempre me senti apoiada nas minhas dificuldades e receios pela maioria da equipa, penso que mais facilmente estive à vontade para enfrentar o processo e isso deu-me outro ânimo (...) termos alguém a quem recorrer e sentirmos que somos bem-vindos é meio caminho andado para sermos bem-sucedidos (...) e (...) isso nos torna profissionais mais satisfeitos (...)” E9;
“(...) sermos bem acolhidos e sentirmo-nos apoiados durante esse processo é meio caminho para nos sentirmos bem, sem constrangimentos no trabalho” E11.

Este aspeto presente no discurso das enfermeiras é central, e corrobora o que a evidência sugere relativamente à satisfação profissional que assenta num constructo que visa dar conta de um estado emocional positivo ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho (Vala & Monteiro, 1997, p.109 cit. por Neves, 2013) e que se reflete *“numa melhor identificação com os objetivos da organização e com o seu projeto”* (Abreu, 2007, p. 204). Assim, a supervisão em contexto clínico está intimamente relacionada com a satisfação profissional, uma vez que proporciona aos profissionais o desenvolvimento de conhecimentos e competências (Cutcliffe, 2001, cit. por Garrido, 2004); transmite responsabilidade profissional, o que favorece uma prática mais

segura em situações clínicas complexas; e estimula o desenvolvimento da profissional, devendo ser encarada como meio de incentivo para a autoavaliação e Autosupervisão (Neves, 2013).

Também no estudo realizado por Rocha (2014), um aspeto amplamente referenciado pelos participantes foi o contributo da SCE para a melhoria dos níveis de satisfação e para a valorização profissional.

A SCE também promove significativamente a Motivação dos enfermeiros:

“Aos poucos fui sentindo que as colegas confiavam em mim e davam-me mais autonomia para fazer as coisas... e sentirmos isso dá-nos outra confiança, outra motivação para avançarmos (...)” E10; “(...) fui bem recebida no serviço e criei empatia com a generalidade dos colegas, o que é muito importante, para que nos sintamos parte integrante da equipa e do serviço... sentia-me motivada, com vontade de vir trabalhar e aprender mais... e claro com um bom ambiente de trabalho, só podia estar satisfeita (...)” E12.

Quando um profissional está motivado e satisfeito, desfruta de uma sensação de bem-estar, refletindo-se na satisfação profissional e, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados de enfermagem (Neves, 2013).

A evidência científica sugere que os programas supervisivos incrementam a motivação dos profissionais das organizações de saúde e, conseqüentemente, a sua produtividade, o que leva a uma maior eficiência no trabalho (Goode & Williams, 2004; White & Winstanley, 2006; Halfer, 2007). De facto, enfermeiros mais satisfeitos são mais eficientes e prestam cuidados mais eficazes (Hykäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Willson, Fawcett & Whyte, 2001).

A SCE tem efetivamente efeitos positivos na satisfação profissional, no aumento de conhecimentos e competências dos enfermeiros, no sentimento de segurança em situações clínicas complexas e no

desenvolvimento pessoal (Arvidsson, Löfgren & Fridlund, 2001). Um dos maiores benefícios apontados à SCE consiste no facto de poder fornecer suporte aos profissionais (Kilcullen, 2007), sendo também reportadas como vantagens a melhoria da autoestima, a motivação, bem como o aumento da confiança.

As perspetivas das participantes, são indicativas de que vêm a supervisão disponibilizada no processo de integração, como meio de apoio, indução e promoção central à construção do conhecimento ao *Desenvolvimento profissional*, assentes no acompanhamento e na conceção dialogante do processo de ação:

“(...) as colegas estiveram sempre sensíveis às minhas necessidades e dificuldades, e foram criando um clima favorável de entajuda e de troca de saberes e experiências, e isso facilitou o meu desenvolvimento profissional” E5; “(...) A supervisão que foi disponibilizada pelos colegas possibilitou-me novas formas de interpretar a experiência... e isso permitiu que integrasse uma aprendizagem significativa, uma vez que a experiência foi vivida, refletida e partilhada entre as partes” E8; “(...) a supervisão é uma forma de orientar os enfermeiros em integração, permitindo a reflexão sistemática sobre as práticas, para um bom desenvolvimento profissional. E as colegas que me integraram não apontavam apenas os meus erros, levam-me a refletir sobre o que eu tinha feito, permitindo que me autocorrigisse para ir adquirindo mais competências (...)” E10; “(...) considero que é muito importante o apoio e o suporte que nos é disponibilizado durante os primeiros tempos (...) a troca de opinião e a troca de experiências com os colegas mais velhos, sempre ajuda a que haja desenvolvimento profissional (...) considero que desenvolvi sobretudo a minha capacidade de tomada de decisão através da análise e reflexão de casos com os colegas, que me ajudaram a identificar muitas das necessidades dos doentes e a intervir de acordo com as mesmas (...)” E12.

O discurso destas enfermeiras é congruente com o assumido pela OE (2010) ao considerar a excelência do cuidar como referência e eixo estruturante das competências profissionais, reconhecendo, por isso, publicamente, a importância da inclusão da SCE nos contextos de prática clínica e o seu papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer nos processos formativos, quer nos processos de integração à vida profissional, promovendo a excelência e segurança dos cuidados.

De acordo com a opinião de Garrido *et al.* (2008, p. 34), *“a evolução profissional, depende de aspetos contextuais, de natureza social e institucional, sendo, todavia, indissociável da estrutura pessoal e dos fatores que, direta ou indiretamente, interpenetram a rede de relações interpessoais e as transições ecológicas que pontuam esse desenvolvimento”*. O desenvolvimento profissional tem por base um processo sistemático de aprofundamento e reconstrução do conhecimento com vista à melhoria da prática (Alarcão & Canha, 2013) e depende de um sistema de aprendizagem contínua, da partilha de experiências colaborativas, de um forte investimento pessoal e comprometimento com a profissão.

Os contextos de trabalho são espaços privilegiados para a criação intencional de oportunidades de aprendizagem, exercendo grande influência sobre os profissionais, na medida em que, promovem mudanças nos domínios, cognitivo, psicomotor e atitudinal (Varandas & Lopes, 2012).

Os enfermeiros aprendem na interação com os seus pares, sendo essencial o investimento em estratégias que promovam o desenvolvimento de competências, onde a SC *“surge como aliado nesse propósito, ao definir-se como atividade que acompanha e apoia o processo”* (Alarcão & Canha, 2013, p. 52). Assim, a construção e desenvolvimento profissional dos enfermeiros durante os processos de integração assenta na supervisão como processo constante de desenvolvimento e de entreajuda entre pares implicados no processo, baseada numa relação supervisiva positiva

possibilitando o estabelecimento de uma atmosfera afetivo-relacional (Alarcão & Tavares, 2003).

Atualmente, já não é só exigido aos novos profissionais, o tradicional conjunto de saberes e de competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos, e exige-se também a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e de trabalhar os fundamentos da mesma, tornando-os mais sólidos e consistentes. Além disso, requer a abertura para a aprendizagem ao longo da vida, a motivação para autoavaliação e a formulação de contributos para a ciência de enfermagem (Serrano, 2008).

É, portanto, da responsabilidade dos serviços de saúde proporcionar um ambiente facilitador de aprendizagens, pois são os contextos de trabalho que atribuem uma significação às práticas de saúde, no sentido em que estes estão dependentes de uma dinâmica cognitiva e avaliativa definida em contexto, em contacto com um conjunto de fatores materiais, relacionais e simbólicos inerentes ao funcionamento de uma organização de saúde. É no contacto direto com os utentes que os enfermeiros podem aprender a mobilizar e transferir conceitos abstratos para situações específicas e reais (Abreu, 2007).

O enfermeiro em integração profissional adquire o conhecimento que lhe é transmitido pelos pares mas também apreende, compreende e organiza o conhecimento através de um trabalho intelectual ou físico ou através da experiência.

De acordo com Alarcão (2001), o valor formativo da experiência resulta da conceptualização e da reflexão sobre essa mesma experiência. A reflexão é considerada um procedimento-chave para a teorização, partindo da experiência e de saberes anteriores e facilitando o desenvolvimento de competências de resolução de problemas ao promover a capacidade de reformular a experiência, gerar alternativas e fazer inferências com base no conhecimento prévio, e ainda avaliar ações no sentido de construir novas aprendizagens (Garmston *et al.*, 2002).

A SCE é um processo de colaboração formal estruturado que ajuda os profissionais a desenvolverem competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional (Abreu, 2007), onde o acompanhamento que é proporcionado ao supervisor permite-lhe desenvolver uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, da responsabilidade que lhe é intrínseca e desenvolver o conhecimento a partir da realidade das práticas clínicas. Para que este processo apoie e estimule cada um a progredir e a criar o seu estilo pessoal de intervenção é fundamental que as interações se desenvolvam num ambiente de confiança e de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante. Assim, a supervisão clínica também deverá ser vista como uma relação de ajuda para ultrapassar constrangimentos pessoais e profissionais, problemas emocionais e para fomentar uma maior qualidade das práticas (França, 2013), o que se reflete, inevitavelmente, no desenvolvimento pessoal e profissional do supervisor.

Em síntese, o processo supervisorio possibilita colocar dúvidas, partilhar saberes e experiências e olhar os problemas da prática sob diversas perspetivas, permitindo (re)orientar a ação do enfermeiro, no sentido do contínuo desenvolvimento humano e profissional.

FATORES FACILITADORES

Relativamente às vivências do processo de integração, as participantes consideraram que há fatores facilitadores do mesmo, nomeadamente: a *Experiência profissional anterior*, *Formação pós-graduada e Formação contínua*, a *Motivação para a mudança*, o *Acolhimento pela equipa*, as *Características do enfermeiro supervisor*, a *Disponibilidade do supervisor e da equipa* para o processo e a possibilidade de *Observação prévia de técnicas*.

No discurso das enfermeiras entrevistadas ressalta a Experiência profissional anterior, como um fator facilitador do processo de integração:

“(...) tinha experiência prévia em serviço de urgência e pediatria, o que me dava algum certo à vontade, pelo que a integração acabou por ser facilitada (...) pois a maioria dos procedimentos já não eram novidade (...)” E1.

A experiência em contexto da prática emerge como uma relevante fonte de aprendizagem, devido aos momentos formativos de eleição que decorrem durante a mesma. Destes, salientam-se por exemplo, as passagens de turno, as reuniões e a formação em serviço, que são momentos formativos de abertura ao diálogo, à reflexão e ao debate, pelo que constituem espaços privilegiados de formação em contexto de trabalho (Macedo, 2012).

Desta forma, a opinião das enfermeiras corrobora os estudos realizados por vários autores, que referem que os anos de experiência influenciam a perceção da autonomia profissional (Schutzenhofer, 1988; George *et al.*, 2002; Papathanassoglou *et al.*, 2005).

Uma das entrevistadas fez também menção, à Formação Pós-graduada, como contributo para o processo de integração profissional:

“Ter especialidade ajudou sem dúvida (...)” E11.

De acordo com a evidência, a formação pós-graduada é fundamental para a melhoria da qualidade de cuidados. Os seus contributos refletem-se nas competências técnicas e científicas, pelo que os profissionais adquirem mais conhecimentos, baseados na sua experiência, de forma a enriquecê-la e a permitir o desenvolvimento do pensamento reflexivo (Costa, 2012). A formação contribui, também, para uma maior satisfação individual, sendo reconhecido pelo profissional que beneficia também de um desenvolvimento a nível pessoal (Alves, 2014).

De facto, a formação fornece instrumentos e conhecimentos que promovem o crescimento pessoal e promovem a qualificação do trabalho, constituindo-se como um fator de promoção do desenvolvimento, com impacto ao nível das competências pessoais e profissionais. Tem como finalidades aumentar a consciência e favorecer a aquisição de conhecimentos e competências imprescindíveis ao profissional para que efetivamente, atue como formador de opinião e como agente transformador da sua prática e do contexto em que se insere (Alves, 2014).

De acordo com Ribeiro (2009), só através dos conhecimentos adquiridos e descobertos na investigação e na formação em enfermagem é que os enfermeiros conseguem prestar cuidados mais responsáveis aos doentes, deixando de ser um cuidado apenas intuitivo. O mesmo autor (p.49) defende que *“os profissionais devem basear as suas decisões de carácter clínico em informações cientificamente documentadas, contribuindo isso para uma prática de cuidados com vista á excelência e levando a que se atinja a sua própria identidade profissional.”*

Enquanto profissão que atua na área da saúde, a enfermagem enfrenta constantes modificações na área técnica e científica, mas também no âmbito social, levando a que os profissionais de enfermagem tomem consciência da necessidade de atualizações constantes dos seus conhecimentos e consequente prática profissional mediante formação permanente (Macedo, 2012).

As participantes desta investigação apontaram a Formação contínua como um contributo favorável ao desenvolvimento profissional e aquisição e conhecimentos:

“As formações em serviço que fomos fazendo foi um aspeto facilitador, pelos contributos a nível de conhecimentos o que ajuda na progressão e desenvolvimento profissional” E4; “(...) as formações em serviço que tive, foram muito importantes... estão muito direcionadas para aspetos práticos, o que facilita a captação de novos conhecimentos, colmatando

algumas lacunas” E11; “A formação em serviço que me foi proporcionada foi também uma experiência muito facilitadora, uma vez que é no contexto de trabalho que se corrigem e reforçam comportamentos através da consolidação de saberes e de experiências de cada um dos elementos” E12.

A opinião das participantes corrobora o estudo de Cruz (2012), no qual os enfermeiros atribuíram ênfase à dimensão da aprendizagem ao longo da vida, considerando-a essencial no desenvolvimento profissional de qualquer enfermeiro. Também Taylor (2013) afirma que a SC é importante na formação contínua dos enfermeiros, ainda que estes tenham vários anos de experiência profissional, na medida em que, confere tempo para reflexão sobre a prática e promove o autoconhecimento e o desenvolvimento de competências e habilidades.

Comprova também a ideia defendida por Sousa (2003), que considera a formação contínua dos profissionais, particularmente dos enfermeiros, um dos pilares na dinâmica do desenvolvimento pessoal e profissional, sendo um requisito necessário e essencial para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem que são prestamos aos utentes e comunidade e de Pires (2002), que afirma que as aprendizagens procedentes do contexto de trabalho são fundamentais para a organização e especificamente para o sujeito que faz parte da organização, pois é durante o quotidiano dos enfermeiros que sucedem momentos de formação, onde a produção do saber-fazer em enfermagem exige dos próprios uma atitude de constante reflexão e compreensão das práticas.

Remetendo-se para o objeto de estudo deste trabalho, pode-se referir que se torna evidente a importância da SCE na formação contínua e no processo de integração de profissionais de enfermagem. No contexto de trabalho, a interação entre os diferentes atores deste processo pode ser considerada uma via insubstituível para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e sociais, com o contributo da formação contínua.

É ainda necessário ter em conta que a formação em contexto real de trabalho não é apenas o ato de ensinar e aprender, ou seja, transmitir e conseqüentemente adquirir conhecimentos, mas implica um trabalho conjunto, em torno da reflexão, discussão, resolução de casos, pois como defende Sá-Chaves (1997, p. 48), *“a formação não deve constituir um mero veículo de transmissão de conhecimentos e de técnicas de teor estritamente restrito, mas ser encarada como uma função educativa ao nível do processo global de desenvolvimento”*.

Partindo da premissa de que a profissão de enfermagem implica uma constante atualização de saberes (saber, saber-fazer, saber-ser, saber-estar), torna-se evidente a necessária formação contínua, partindo da formação inicial e prolongando-se com formações complementares, onde a reflexão apoiada pela prática clínica se desenvolve, aperfeiçoando o conhecimento e a práxis. Neste sentido, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais define como competência o desenvolvimento de processos de formação contínua, num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas (OE, 2012).

Da análise dos dados, foi também possível destacar o *Acolhimento pela equipa*, como um fator valorizado pela maioria das participantes, no seu processo de integração:

“(...) ter sido bem acolhida e recebida, penso que ajudou bastante (...)”
E1; *“(...) senti que estavam despertos para as minhas necessidades, o que me colocou à vontade para expor as minhas dificuldades e procurar ajuda sem receios”* E4; *“A interajuda dos colegas foi indispensável neste processo e ter sido bem recebida também foi muito importante”* E5; *“(...) tanto a equipa como a enfermeira chefe me acolheram muito bem (...) a receção da equipa (...) foi muito melhor do que aquilo que estava à espera”* E6; *“O acompanhamento próximo e o cuidado dos colegas para comigo foi sem dúvida facilitador de todo o processo (...) é sempre bom sentirmos que somos bem-vindos”* E8; *“(...) facilmente foi possível estabelecer uma boa relação com eles, o que foi fundamental na*

diminuição dos meus níveis de stresse e ansiedade (...). O companheirismo dos colegas foi o que facilitou mais a minha integração, porque mesmo em alturas de maior ansiedade e stresse houve sempre algum colega que me tentou ajudar para que integração fosse mais fácil” E9.

Estas opiniões fundamentam a perspetiva de Vaz Serra (2007), que considera que se existirem boas relações interpessoais dentro de uma empresa, estas determinam uma melhor saúde e bem-estar do indivíduo e aumentam a capacidade de envolvimento no trabalho. Assim, ser-se bem acolhido no hospital e na equipa de enfermagem, irá repercutir-se em todo o processo e no desempenho profissional, dado que o processo de integração é um período crítico, fortemente influenciado e influenciador do bem-estar pessoal e satisfação profissional (Pinheiro, 2012).

Pressupõe-se, neste sentido, que os problemas profissionais, quando enfrentados em equipa, permitem uma problematização constante das práticas conducente à construção de saberes mais contextualizados. Assim, de acordo com os resultados do estudo desenvolvido por Hargreaves (1998), a colaboração e interajuda entre colegas de trabalho, constitui uma “(...) *estratégia particularmente frutuosa de fomento do desenvolvimento profissional (...)*”, em que a “partilha” e o “apoio” possibilitam “(...) *uma maior disponibilidade para (...) correr riscos (...) e, por conseguinte, promovem um aperfeiçoamento contínuo das práticas*” (p. 209), o que promove a satisfação pessoal e profissional, a autonomia, a reflexão contextualizada, a eficiência e eficácia acrescidas e o desenvolvimento profissional contínuo.

Referindo-se às potencialidades de um acompanhamento colaborativo, Boavida & Ponte (2002) mencionam que mediante a aprendizagem e a reflexão conjuntas, se criam as “(...) *condições para enfrentar, com êxito, as incertezas e obstáculos que surgem*” (p. 3) nas práticas profissionais. Nesta linha de pensamento, Day (2001) refere que a uma boa receptividade por parte da equipa, diminui o sentimento de impotência dos profissionais e aumenta a autoeficácia individual e coletiva.

As participantes sugerem também, como fator facilitador do processo de integração, as Características do Enfermeiro Supervisor:

“A enfermeira chefe fez questão de escolher um dos colegas mais antigos no serviço e com maior experiência na integração de colegas e mesmo na orientação de alunos, para me fazer a integração, o que facilitou bastante (...) a colega era uma pessoa com experiência (...) é muito importante termos alguém que sabe, que tem conhecimentos, que tem formação (...)” E6.

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

Segundo Garrido, Simões & Pires (2008), os supervisores devem ser profissionais experientes, que tem como principal objetivo supervisionar e preparar futuros profissionais e/ou pares.

De acordo com as entrevistadas, a Disponibilidade do supervisor e da equipa, é fundamental no que respeita à sua adaptação no serviço:

“(...) foi importante a disponibilidade e empenho demonstrado pelos colegas do serviço, na sua grande maioria (...)” E3; “A disponibilidade e empenho demonstrado não só pela colega que me integrou mas também pelos restantes colegas do serviço, foi bastante facilitador (...)” E7; “(...) sempre tive o apoio de todos, a equipa nesse aspeto é fantástica e senti-me bem recebida (...) Há muita ligação, muita disponibilidade e trabalho de equipa entre os colegas e isso é bom (...)” E10.

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

integração (Coan & colegas, 1996; Kammeyer-Mueller & Wanberg, 2003; Pinheiro, 2012).

Outra subcategoria que emergiu do discurso das participantes foi a Motivação para a mudança em integrar o novo serviço:

“A mudança para este serviço foi por vontade própria, o que facilitou um bocadinho na integração (...) dado a minha motivação em vir para cá.” E6; “(...) facilitou muito a motivação com que vim para cá, pois era um serviço onde gostaria muito de trabalhar (...).” E8; “(...) o facto de gostar da área e do serviço em si, também facilitou o processo de adaptação.” E10.

O sucesso do desempenho profissional depende diretamente da auto-implicação das pessoas envolvidas, do seu comprometimento e da sua motivação. Os fatores que estimulam os indivíduos a fazerem algo estão relacionados com uma hierarquia de necessidades e um impulso para a satisfação, que visa geralmente o crescimento e desenvolvimento pessoal (Batista *et al.*, 2005). Os mesmos autores referem que o grau de motivação de uma pessoa é uma questão que pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica nos contextos de trabalho, sendo por isso considerada uma componente significativa dentro das organizações.

A motivação constitui o principal combustível da produtividade (Gil, 2010) e o sucesso das organizações depende, não só do alcance dos objetivos delineados, mas também dos profissionais que se movimentam nos contextos. São muitas as variáveis que interferem na motivação, sendo portanto um fenómeno complexo de definir. Contudo, o que importa neste âmbito é perceber que a motivação é um estado psicológico no qual a pessoa encontra desejo, vontade, interesse e disposição para a realização de uma determinada ação, alcançar objetivos ou metas (Souza, 2011).

Quando estão intrinsecamente motivados, os funcionários sentem-se naturalmente atraídos para completar o seu trabalho e o esforço investido é baseado no prazer pessoal e portanto, inteiramente voluntário, autodeterminado e autónomo. Nesta perspetiva, o trabalho é visto como

um fim em si mesmo e não como uma forma de recompensa externa (Grant, 2008).

Fica portanto claro, que a motivação dos profissionais se reflete nas interações que estabelecem com a equipa multiprofissional, com os clientes e com a própria comunidade, e influencia ou direciona o comportamento dos indivíduos nos contextos de trabalho, pelo que profissionais motivados, são profissionais mais empenhados e produtivos.

Várias participantes consideraram também que a Observação prévia de técnicas é uma mais-valia a nível da consolidação de saberes e revisão de alguns conceitos e procedimentos:

“(...) tive a possibilidade de observar algumas técnicas que não me eram tão familiares, antes de ser eu a fazê-las, o que me deu mais confiança” E2; “(...) a oportunidade de visualizar algumas situações [específicas] e de discuti-las com os colegas, deu para ter outra perceção sobre o desempenho esperado e sobre o modo de atuar naquela situação” E3; “A possibilidade de observar algumas técnicas e procedimentos, permitiu que esclarecesse dúvidas e me sentisse mais segura depois” E5; “(...) deu-me a oportunidade de ver algumas técnicas que não estava tão habituada e que surgiram (...)” E6; “Durante a primeira semana estive praticamente em observação (...) sempre que havia a oportunidade de observar alguma técnica menos comum, os colegas davam-me a oportunidade de poder observar e explicavam-me tudo” E11; “(...) estive como elemento supranumerário, sempre em observação e em colaboração com a colega (...) para começar a perceber as dinâmicas do serviço e assim... qualquer coisa que aparecesse de diferente os colegas também nos chamavam para observar (...) ir participando e observando foi uma mais-valia (...)” E12.

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

A possibilidade das pessoas aprenderem através de experiências, ou seja, aprenderem por observação do comportamento de outros e das suas consequências, possibilita que aumentem rapidamente os seus conhecimentos e competências através da informação veiculada por influências de modelação (Oliveira, 2010).

No que concerne à aprendizagem por observação, no processo de integração em enfermagem, os supervisores têm um papel essencial, sobretudo nos cenários clínicos, enquanto modelos, de tal maneira, que os comportamentos e atitudes que posteriormente vão ser imitados pelos enfermeiros recém-admitidos, convertem-se em fontes de informação para as crenças de autoeficácia e influenciam o seu desempenho e habilidades de pensamento. É necessário que os supervisores tenham este aspeto em consideração, e que adotem estratégias favorecedoras do fortalecimento dessas crenças nos enfermeiros, reforçando as suas condutas positivas e estabelecendo metas possíveis de executar (Oliveira, 2010).

FATORES DIFICULTADORES

Da análise do discurso das participantes, emergiram dados que possibilitaram a identificação de Fatores Dificultadores do processo de integração, designadamente: a *Inexistência de plano de integração*, a *Escassez de recursos humanos*, a *Gestão do horário*, a *Inexperiência na área*, a *Inexistência de supervisor*, a *Duração do processo de integração* e as *Contratações de curta duração*.

Perante os testemunhos das vivências das participantes do estudo, verificou-se a *Inexistência de plano de integração*. Ou seja, não se encontra organizada qualquer planificação de integração de enfermeiros, o que, de alguma forma, e de acordo com a perspetiva de Silva e Carvalho

(2002), pode constituir um obstáculo á apropriação das dinâmicas profissionais e culturais do serviço:

“(...) não me foi disponibilizado nenhum manual de acolhimento (...)” E1;
“(...) há sítios em que fornecem um manual de acolhimento aos enfermeiros, com uma descrição da estrutura física do serviço, dos objetivos a atingir, dos materiais disponíveis, etc... aqui não temos isso e acho que é uma lacuna, porque são aspetos muito importantes que deveriam fazer parte do conhecimento de todos os elementos desde o início” E2; *“(...) não há nenhum plano estabelecido no serviço, que seja suposto nós cumprirmos durante a integração” E4;* *“(...) é um processo com algumas falhas, pois não há nada estruturado no serviço para fazer a integração, fica de certa forma ao cuidado do colega que integra” E8;* *“(...) no serviço não temos nenhum programa que preveja o cumprimento de alguns objetivos e atividades que supostamente se deviam desenvolver ao longo do tempo em que estamos em integração... Para mim assim é que seria, obedecer a um plano formal... mas a minha integração foi sendo desenvolvida um pouco conforme o colega com que ficava naquele turno” E9;* *“Não considero que exista um verdadeiro processo de integração (...) nem sequer há nenhum guia formal de acolhimento no serviço (...)” E10.*

A existência de um programa de acolhimento numa organização permite que o novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro dessa organização. Além disso, funciona também como instrumento de controlo e correção (Marriner, 2009). Portanto, os programas de integração devem auxiliar a que o novo enfermeiro seja aceite pelo serviço, mais especificamente pela equipa de enfermagem, o mais rapidamente possível.

Uma integração bem planeada beneficiará não só a organização e o novo elemento, mas também, e conseqüentemente, os clientes, uma vez que permitirá uma adaptação rápida, segura e mais eficiente, e uma prática mais competente.

Por sua vez, a *Escassez de recursos humanos*, foi também mencionada como barreira ao processo de integração efetivo e estruturado:

“(...) Acho que nestes casos deveria ser pelo menos um mês de integração, mas hoje em dia, tendo em conta as necessidades de recursos humanos nos serviços, é complicado!” E4; “A falta de profissionais... como não havia elementos para assegurar os cuidados do colega que ficou de baixa, tive de ser eu a assumir logo isso (...) tive de ficar logo como elemento integrado na equipa (...)” E5.

A indisponibilidade dos recursos humanos coloca em risco não só a saúde dos próprios profissionais, mas também a prestação de cuidados aos clientes, aumentando o risco clínico e a ocorrência de erros (ICN, 2007). Assim, julga-se incontornável a necessidade de *“estabelecer cargas laborais que otimizem a produtividade sem comprometer o bem-estar de enfermeiros ou doentes”* (ICN, 2007, p.26).

O impacto da SCE sobre a gestão dos recursos humanos, a qualificação dos profissionais, os processos de indução à profissão e integração nos serviços, o desenvolvimento e formação pessoal, a atualização profissional, a formação contínua e a prática reflexiva, foi reconhecido por entidades de acreditação da qualidade em saúde, que reforçaram o papel da SCE nas instituições enquanto estratégia potencializadora da segurança e qualidade dos cuidados (King’s Fund, 2000 cit. por Garrido, Simões & Pires, 2008).

As participantes consideraram ainda que a *Gestão do horário* realizada pela Enfermeira chefe, não foi facilitadora da integração e adaptação no serviço, pela sobrecarga horária imposta desde o início do processo:

“(...) a carga horária que tinha... por vezes ficava difícil chegar a casa e ainda ir estudar (...)” E3; “(...) ter começado logo a fazer o horário roulement tenha sido por vezes um pouco limitador, porque ficava com

pouco tempo para estudo individual (...)” E12.

Estas opiniões vão de encontro à ideia defendida por Azevedo (1996), em que todos os novos elementos em integração num serviço deveriam estar em integração em horário fixo e supranumerários, durante quatro semanas.

Na opinião de alguns enfermeiros, a *Inexperiência da área* do novo serviço, é também, por vezes, um fator limitador do processo de integração, sobretudo, pela escassez de conhecimentos:

“(...) no início foi um pouco limitador, os reduzidos conhecimentos que tinha na área (...) nunca ter trabalhado num serviço do género... quando já se trabalhou na área a integração acaba sempre por ser facilitada, estamos mais à vontade, sabemos o que estamos a fazer (...)” E4; *“Talvez não ter experiência anterior [na área] pode ter sido um pouco limitador no início, porque algumas coisas eram desconhecidas”* E11.

A falta de experiência e conhecimento, ou seja, a falta de *background* e de *expertise* do profissional, é caracterizada pela insegurança perante o “choque” com a realidade (Novoa, 1992).

De acordo com Sikes (1992, cit. por Alves, 2005) até haver a consolidação do conhecimento e a aquisição de habilidades e competências, necessárias ao desempenho eficaz das suas novas funções, o profissional encontra-se num estadio considerado de “sobrevivência”, onde enfrenta diversas dificuldades, precisamente pela falta de experiência demonstrada.

As enfermeiras referiram, que embora se propiciassem interações entre colegas num sentido de supervisão ou discussão das práticas, estas não estão assentes num processo formal com critérios pré-estabelecidos, o que leva a uma descontinuidade da supervisão realizada, pelo que emergiu a subcategoria *Inexistência de supervisor*:

“Não tive nenhum colega em específico a integrar-me... Cada dia era distribuída por uma das alas do serviço e ficava com um dos colegas mais velhos que estivesse no mesmo turno (...)” E2; “(...) ter sido orientada por vários colegas, foi por vezes um bocadinho dificultador, porque tinham diferentes formas de explicar a mesma coisa, depois havia alguma repetição de informação e para quem ainda está a começar a entrar na rotina torna-se complicado” E3; “(...) Não tive nenhum colega em concreto que tivesse ficado responsável pela minha integração. Consoante o horário que me tinha sido atribuído, ficaria com um dos colegas que estivesse a fazer o mesmo turno” E4; Penso que o facto de ter sido acompanhada por três pessoas diferentes foi, em alguns momentos, um pouco limitador, porque acabou por haver alguma repetição de informação (...)” E8.

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

Vários excertos dos discursos das participantes evidenciaram ainda a Duração do processo de Integração, como limitador do processo, sendo que a grande maioria considera que o tempo que tiveram foi insuficiente para se adaptarem e adquirirem confiança e segurança:

“(...) o tempo não é suficiente (...)” E1; “(...) a principal crítica é mesmo o tempo que me foi disponibilizado para a integração (...) foi muito curta (...)” E3; “ (...) confesso que no final dos nove dias não me sentia preparada para estar em qualquer ala... ainda permaneceram muitas dúvidas e receios” E9; “O tempo de integração é curto, para a maioria das pessoas sem experiência anterior na área (...) fica um pouco aquém das necessidades reais dos profissionais... e confesso que no final dos 15 dias não me sentia totalmente à vontade e segura para ficar como

elemento numerário” E10.

Estas opiniões sustentam o defendido por Proehl (2002, p.90), que refere *“no mínimo um mês de integração é o razoável para uma pessoa já com experiência, para se tornar confortável no novo serviço.*

Também Macedo (2012), corrobora o referido pelas participantes, pois menciona que a duração do período de integração deve ser razoável de modo a que o enfermeiro recém-admitido possa desenvolver as competências essenciais para o desempenho da sua atividade profissional.

Outro fator que uma entrevistada indicou como limitador do processo de integração, foi as Contratações de curta duração:

“Outro aspeto negativo é o facto deste hospital, em concreto, recorrer com frequência à contratação de enfermeiros para trabalhos de curta duração, o que, na verdade, não nos permite, de certa forma, ficarmos verdadeiramente integrados na equipa... a integração não se resume só às quatro semanas que nos são dadas... é preciso mais tempo. E quando nos começamos a sentir em “casa” o contrato acaba” E12.

Sabe-se que com o novo modelo de gestão pública em Portugal, emergiram reformas ao nível da gestão hospitalar, nomeadamente a transformação das unidades de saúde existentes em entidades públicas empresariais. Estabeleceram-se assim novos regimes de vinculação de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, prevendo, em particular, a revisão do regime dos corpos ou carreiras especiais (Decreto Lei nº 247/2009).

Tem-se verificado também uma reestruturação na carreira de enfermagem que tem conduzido a implicações profundas no exercício da profissão, relativamente às últimas alterações pontuais à carreira. A atual carreira de enfermagem pressupõe que o enfermeiro possa integrar qualquer posto de trabalho no início da sua atividade profissional, tendo em conta o seu nível de competências (Frederico-Ferreira & Silva, 2012).

Contudo, o novo modelo privilegia a contratualização temporária, ao invés da contratualização por tempo indeterminado dos respetivos profissionais, estando a sua evolução profissional condicionada pelos recursos económicos existentes, assim como pela avaliação constante do seu desempenho (Frederico-Ferreira & Silva, 2012).

2.3 Perceções sobre o Processo de Integração

O segundo domínio que se obteve, diz respeito às perceções dos enfermeiros sobre a sua integração e pretende concretizar a forma como estes concetualizam e qualificam a mesma.

Deste modo, no Quadro 2 apresentam-se as categorias emergentes neste domínio, assim como as respetivas subcategorias.

Quadro 2: Perceção sobre processo de Integração

Categorias	Subcategorias
Planificação e Organização do Processo de Integração em Uso	Introdução no serviço
	Duração suficiente
	Duração insuficiente
	Material de apoio
Sugestões de Melhoria	Formalização do plano de integração
	Aumento do tempo de integração
	Definição do papel de supervisor

PLANIFICAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO EM USO

Na perspetiva de Azevedo (1996), o processo de integração deve desenvolver-se por fases: indução ou introdução, orientação, acompanhamento e treino, de modo a facilitar o desenvolvimento do mesmo. Durante a primeira fase (indução ou introdução) pretende-se que

seja facultada ao novo elemento, a informação indispensável para que este se sinta bem no seu ambiente de trabalho e o reconheça como seu espaço físico e social. Nesta fase, o integrador assume um papel ativo e o integrado de recetivo. Acresce a relevância de se dar a conhecer o manual de integração, uma vez que fornecem orientações aos elementos, respondendo a dúvidas e auxiliando em todo o processo (Coelho & Lourenço, 2004).

Na segunda fase (orientação), o enfermeiro integrador tem maior disponibilidade para uma orientação mais direta das dúvidas e preocupações do recém-admitido, sendo fundamental estabelecer-se um diálogo para perceber as dificuldades do mesmo (Fernandes *et al.*, 2010). Na fase seguinte (acompanhamento), pressupõe-se que já esteja estabelecida uma relação de trabalho entre o enfermeiro integrador e o novo elemento, sendo que o mesmo é incentivado e estimulado a participar na responsabilidade do grupo e a ter uma compreensão global do trabalho. É importante neste estadió, enaltecer as relações humanas, o trabalho em equipa e o desenvolvimento do novo elemento (Fernandes *et al.*, 2010). Por último, a quarta fase (treino) tem como objetivo preparar o novo elemento para melhor assumir o cargo ou função, tornando-se apto para a prestação de cuidados (Fernandes *et al.*, 2010).

Convém realçar, que quando se elabora um programa de integração para enfermeiros é fundamental verificar se este plano corresponde às expectativas, quer dos enfermeiros, quer da instituição de saúde, pelas vantagens que apresenta na diminuição do tempo de integração e na rentabilização ao máximo do trabalho do recém-admitido (Fernandes *et al.*, 2010).

Portanto, um adequado plano de integração e a eficiente supervisão desenvolvem e estimulam o interesse e entusiasmo iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade da prestação de cuidados (Macedo, 2012).

Todos os elementos recém-admitidos num serviço precisam de se familiarizar primeiro com o ambiente físico e social do mesmo. Qualquer contacto inicial reveste-se de muita importância, seja nas relações interpessoais, seja no contacto com o serviço.

De facto, Lamy (2010 cit. por Miranda, 2015) defende que o processo de acolhimento à instituição tem como finalidade transmitir informações claras a respeito do serviço, das funções a exercer e das expectativas em relação ao trabalho, tendo como objetivos:

- Reduzir a ansiedade dos profissionais, a qual é geralmente provocada pelo receio de falhar no desempenho das novas funções;
- Reduzir a rotatividade, pelo facto dos profissionais recém-admitidos se sentirem mais seguros e mais aptos para o exercício das novas funções;
- Economizar tempo, através da entreaajuda dos colegas e supervisor com os profissionais em integração;
- Desenvolver expectativas realistas, na medida em que através do programa de orientação, os novos profissionais tomam conhecimento do que é esperado deles e os objetivos da organização.

Verificou-se então, através do discurso das entrevistadas, que a Introdução no serviço começa inicialmente, com o conhecimento das condições físicas do serviço pelos enfermeiros recém-admitidos e, sobretudo, pelas apresentações aos restantes colegas e elementos da equipa multidisciplinar:

“Comecei por conhecer a equipa de trabalho, o espaço físico, as patologias mais comuns (...)” E2; “No primeiro dia, a enfermeira chefe fez-me uma apresentação do serviço, mostrou-me as diferentes alas e apresentou-me aos colegas (...)” E3; “No primeiro dia, devido à especificidade e características próprias do serviço, a integração foi com a chefe e com a coordenadora (...), as quais me apresentaram o serviço (...) explicaram-me a dinâmica do mesmo, e tive oportunidade de conhecer os colegas (...) nos dias seguintes, fiquei como elemento supranumerário na equipa (...)” E4; “No primeiro dia, lembro-me de ter

tido uma reunião com a chefe que me falou sobre o serviço em geral, mostrou-me o serviço, as diferentes alas e apresentou-me aos colegas. Disse-me qual o colega que iria ser responsável por me integrar e deixou-me à vontade para “explorar” o espaço físico e começar a conhecer os sítios das coisas (...)” E8; “No primeiro dia fui apresentada à enfermeira chefe, tive uma pequena reunião com ela, onde me falou um pouco sobre as características do serviço e sobre o seu funcionamento. Depois apresentou-me as diferentes alas e apresentou-me também à equipa multidisciplinar que na altura estava presente (...)” E9; “No primeiro dia vim ser apresentada à enfermeira chefe e à equipa que estava presente no serviço e fizemos uma visita pelo serviço. Depois foi-me atribuído um enfermeiro e procurou-se que fizesse sempre o horário desse colega durante a integração (...) teve uma sequência lógica que me possibilitou a aprendizagem e o desenvolvimento de algumas atividades muito relevantes (...)” E12.

Estas experiências corroboram as relatadas por outros enfermeiros em situação de integração profissional, como é o caso dos participantes no estudo de Silvestre (2012), em que foram recebidos na instituição pela enfermeira diretora ou adjunta, que, regra geral, lhes apresentaram a instituição e deram a conhecer os seus princípios orientadores. Após esta reunião inicial, no primeiro dia, afirmam terem sido distribuídos pelos respetivos serviços, assim como apresentados à equipa multidisciplinar.

Outro aspeto que deve estar bem definido e planeado é a duração do processo de integração. Evidenciou-se, pela análise dos dados recolhidos neste estudo, que as vivências e as experiências profissionais das enfermeiras integradas tiveram influência na adequação do tempo de integração disponibilizado para o processo de integração. Verificou-se que o tempo de integração nos diversos serviços estudados variou entre as duas e as seis semanas, uma vez que todas as enfermeiras participantes tinham experiência prévia de outros serviços.

Relativamente a este aspeto, a opinião das entrevistadas foi divergente, pois algumas consideraram que a sua integração teve uma Duração suficiente:

“Estive em integração dois dias (...) A nível do tempo de integração considero que foi suficiente, até foi encurtado àquilo que era previsto porque não foi necessário tanto tempo” E6; “Durou 15 dias (...) minimamente suficiente (...)” E7; “(...) Até certo ponto, foi suficiente... deu para perceber a dinâmica, (...)” E9; “Acho que foi entre 10 a 15 dias, já não consigo precisar (...) É suficiente em termos de conseguirmos acompanhar alguma continuidade dos cuidados... mas acho que quando não se tem experiência anterior (...) é necessário um bocadinho mais... depende muito da capacidade de adaptação de cada um... (...) mas de modo geral foi aceitável. (...) o tempo de integração influenciou muito esse desenvolvimento, no sentido em que me proporcionou autonomia, motivação e incentivo para o futuro” E10; “Tive integração durante um mês (...) temos que ver que neste serviço não é num mês que ficamos totalmente aptos... acho que só é possível com as correntes experiências... e acho que também depende da forma como cada um se adapta ao serviço (...) de uma forma básica e geral acho que foi possível uma boa adaptação no serviço” E11.

Por outro lado, outras participantes julgaram que a sua integração teve uma Duração insuficiente:

“Foi tudo muito rápido (...) A minha integração foi rápida e intensiva, demorou dois a três dias e entretanto comecei logo a contar como elemento (...) o tempo não é suficiente, o processo devia ser mais lento de forma a nos adaptarmos às diferenças e particularidades do serviço” E1; “Só tive uma semaninha (...) penso que pelo menos seriam necessárias quatro semanas para me inteirar do máximo de pormenores e assimilar grande parte dos conhecimentos necessários a uma prática segura e de qualidade (...) foi um bocadinho rápido” E3; “Foi cerca de quinze dias (...)”

Foi pouco tempo, tendo em conta as particularidades e especificidades do [serviço] (...) deveria ser pelo menos um mês de integração (...)” E4; “(...) estive duas semanas de integração... foi rapidinho (...) na minha opinião o processo de integração aqui foi muito curto, mas dada a necessidade de mais elementos no trabalho teve de ser assim (...) mais duas semanas seria fundamental, sem dúvida” E8.

A duração deste processo, normalmente, é variável, dependendo das necessidades imediatas e a longo prazo do serviço e do enfermeiro em integração, assim como da facilidade de integração com que o novo elemento demonstre durante o processo, no entanto, este período de integração deve ser razoável de modo a que o enfermeiro a integrar possa desenvolver as competências essenciais para o desempenho da sua atividade profissional, ou seja a duração da integração vai condicionar o desenvolvimento de competências do enfermeiro (Macedo, 2012).

De acordo com Azevedo (1996) e Silva & Carvalho (2002), cada serviço deve definir/programar o tempo que considere suficiente, tendo em conta a sua especificidade e a análise das suas necessidades, contrariando deste modo, a ideia defendida por Azevedo (1996), em que todos os novos elementos em integração num serviço deveriam estar quatro semanas em horário fixo e supranumerários.

As enfermeiras frisaram também o Material de apoio disponibilizado, como um aspeto positivo no planeamento e organização do processo de integração:

“ (...) Foi-me disponibilizado algum material pela chefe sobre as funções de cada enfermeiro no [serviço] e também algumas normas e instrumentos, mas nada muito formal e específico para a integração” E5; “ (...) temos uma capinha onde temos normas, protocolos, procedimentos e foi-me disponibilizado para se quisesse ler (...)” E10; “Nos primeiros dias foi-me fornecida informação sobre o serviço (...) mostraram-me também a capa dos protocolos e normas do serviço (...) que tive

oportunidade de ler com calma (...)" E12.

Como referido anteriormente, a evidência considera importante o estabelecimento de normas de procedimentos e protocolos segundo as diversas especialidades de modo a organizar e uniformizar a prática de cuidados, dando mais segurança e qualidade à prestação dos mesmos. Isto porque a prática profissional dos enfermeiros é indissociável da forma como está organizado o seu contexto de trabalho (D'Espiney, 1996).

Neste caso, o enfermeiro tem de ser capaz de se adaptar aos diferentes contextos e funções a desempenhar, a resolver situações de grande indefinição ou a adaptar-se àquelas que comportem grandes níveis de imprevisibilidade, como o que se observa com as situações de cuidados (Serrano, 2008).

Desta forma, é da responsabilidade dos serviços de saúde proporcionar um ambiente facilitador de aprendizagens pois são os contextos de trabalho que atribuem uma significação às práticas de saúde, no sentido em que estes estão dependentes de uma dinâmica cognitiva e avaliativa definida em contexto, em contacto com um conjunto materiais de apoio inerentes ao funcionamento da organização de saúde (Abreu, 2007).

SUGESTÕES DE MELHORIA

Um dos objetivos principais de todo o processo de integração é estimular a performance profissional dos novos profissionais, contribuindo para a eficácia da instituição. Sendo assim, globalmente poderemos considerar quatro componentes envolvidas no processo de integração (Marriner, 2009): a psicológica, onde há a realçar a motivação; a sociológica, que está relacionada com a atividade do indivíduo no seio do

grupo; a pedagógica, com uma atmosfera que facilite a aprendizagem; e a administrativa, que cumpre o seu propósito ao obter, desenvolver, utilizar, avaliar, manter e reter uma força efetiva de trabalho.

Tal como já se concluiu, a integração do enfermeiro, quando bem planeada, coordenada e executada, promove o reconhecimento e aceitação das metas da instituição.

Na mesma linha de pensamento, Kurcgant (1991) refere como vantagens de uma boa integração para o enfermeiro: diminuição do stresse, frustração e conflito, aumento da autoconfiança, do auto desenvolvimento, da satisfação no trabalho executado e das necessidades pessoais. Deste modo, considerando as vivências do processo de integração relatadas pelas participantes, importa enaltecer as sugestões de melhoria, que as mesmas consideraram: a *Formalização do plano de integração*, o *Aumento o tempo de integração* e a *Definição do papel de supervisor*.

Ficou subentendida uma necessidade de Formalização do plano de integração, para que se proporcione aos supervisados maior segurança nas suas práticas e a oportunidade de, através da supervisão contínua, responderem aos desafios do supervisor, de acordo com o seu grau de desenvolvimento profissional, o que também é argumentado por Hyrkäs, (2002):

“(...) era importante ter um plano de integração estabelecido, para que quando os novos colegas chegassem ao serviço ficassem com uma perceção sobre as rotinas e sobre o seu funcionamento em geral (...)” E1; “(...) o profissional em integração deve estar em horário fixo e supranumerário, para que de facto se possa ambientar ao serviço, à equipa, e ao trabalho em si, às próprias rotinas (...)” E8; “(...) que estabelecessem um plano de integração, que preconizasse o desenvolvimento de atividades a serem desenvolvidas pelas diferentes alas, num período adequado, que a meu ver será quatro semanas (...)” E9; “(...) deveria existir a nível do serviço, por exemplo, um guia de acolhimento do profissional, onde pudéssemos ter acesso aos procedimentos, à rotina, horário tipo, e outras

particularidades que nos colocassem mais familiarizados com o serviço (...) talvez na primeira semana fosse melhor fazer só manhãs ou tardes para nos ambientarmos, e termos tempo de chegar a casa e digerir toda a informação que nos foi transmitida durante aquele turno (...)” E12.

De acordo com o discurso, alegadamente, nenhum dos serviços estudados apresenta um programa de integração estruturado e organizado à medida das necessidades e características do serviço e dos enfermeiros em integração. A opinião das participantes remete para o impacto que a existência ou não de um plano de integração pode ter no desenvolvimento profissional do enfermeiro o que vai ao encontro da opinião de Ferreira (2006, p. 102) quando refere, que os programas de integração “*devem ser estruturados de modo a responder às necessidades e interesses do binómio trabalhador/organização*”, uma vez que, se o programa de integração for convenientemente organizado, a própria instituição sai beneficiada, assim como o novo indivíduo dará o seu contributo no alcance dos objetivos, levando a uma redução do absentismo e a um maior empenho e responsabilidade nas funções executadas.

Apesar dos recém-admitidos estarem qualificados para o trabalho, quando passam por um processo de seleção e admissão, necessitam de conhecer e compreender os procedimentos e as políticas da instituição, conhecer as pessoas com quem irão trabalhar e ser orientados/treinados para realizar as suas funções (Frederico, 2001). Assim, conforme Azevedo (1996) e Benner (2001), é fundamental a existência de planos e programas de integração adaptados às necessidades individuais dos enfermeiros, assim como às especificidades dos serviços, de modo a que os enfermeiros sejam enquadrados no contexto do serviço mediante apoio e orientação.

O programa de integração procura fazer com que o novo profissional assimile de forma intensiva e rápida, a cultura da organização e atue como membro integrante da mesma. O mesmo tem como finalidades básicas: a familiarização rápida dos novos profissionais com as normas da instituição,

a missão, a estrutura, bem como com a sua filosofia e padrões de qualidade (Ferreira, 2006).

Quando o processo de integração de novos profissionais é realizado corretamente, na opinião de Milani (2006, sem pág. cit. por Macedo, 2012):

“induz o colaborador a ser mais produtivo em um espaço de tempo menor; evita erros na execução das tarefas do novo colaborador e, por consequência, mantém a agilidade diante do cliente; diminui a ansiedade do novo colega, deixando-o mais tranquilo e apto a captar todas as informações repassadas pela empresa; fortalece a imagem da empresa tanto para o novo colaborador, quanto externamente; faz com que o novo colaborador caminhe rumo aos objetivos e a filosofia da empresa, do contrário, ele dificilmente se adaptará a ela; proporciona o bem-estar do novo colaborador diante dos seus colegas de trabalho”.

No entanto, sabe-se que nem sempre existem ou estão instituídos planos ou programas de integração nas respectivas instituições/serviços, limitando-se estas a cumprir apenas os passos básicos e essenciais para uma integração minimamente estruturada (Azevedo, 1996).

Deste modo, pela formalização do plano de integração entende-se que seja disponibilizado aos enfermeiros recém-admitidos, um manual de integração, através do qual os profissionais recebem a instrução básica de trabalho necessário às funções que tem a desempenhar, as suas relações com os outros funcionários e com os seus superiores, bem como encontrarem os caminhos necessários para o seu desenvolvimento no serviço (Loureiro *et al.*, 2002). Além disso, espera-se que nele constem informações sobre a história da instituição, a sua estrutura física, funcional e organizacional, objetivos do serviço e, de um modo geral, todas as informações necessárias para uma visão global da instituição e da sua inserção na comunidade. Contribuindo para integrar os novos enfermeiros nos objetivos e estratégias do serviço, a formalização do plano de Integração ajudará a minimizar as consequências do *Caos Inicial* do

processo, fazendo aumentar a satisfação profissional e o rendimento do trabalho (Loureiro *et al.*, 2002). Assim, de acordo com os mesmos autores (p. 19), os objetivos de um programa de integração na instituição devem focar os seguintes aspetos:

- “-Introdução à estrutura física da instituição;*
- Apresentação e explicação da filosofia e dos objetivos da instituição;*
- Descrição da estrutura organizacional da instituição;*
- Revisão e interpretação das políticas administrativas;*
- Explicação da relação existente entre a instituição e a comunidade.”*

Todas as atividades desta fase do programa deverão constituir uma fonte de estímulo, inculcando confiança, esclarecendo o que a instituição espera dos novos enfermeiros e o que lhes pode oferecer. De acordo com Dias (1983, p. 19 cit. por Loureiro *et al.* 2002), o programa de integração ao serviço deve levar em linha de conta os traços específicos a seguir expostos:

- “- A organização da unidade;*
- O tipo de doentes;*
- A metodologia científica usada na prestação de cuidados de enfermagem;*
- Reuniões de serviço;*
- Conferências;*
- Funções dos enfermeiros;*
- Registos;*
- Protocolos;*
- Avaliação de desempenho;*
- Responsabilidades de formação;*
- Relações interpessoais”.*

Pode-se assim concluir que, um programa de integração organizado e bem orientado ajuda o enfermeiro em todo o processo, contribui para o seu

desempenho e para a aquisição de novos conhecimentos, assumindo assim, as responsabilidades inerentes às suas competências.

As participantes sugerem também o Aumento do tempo de integração, como aspeto a melhorar. Na sua opinião, o período de integração deveria ter uma duração mínima de quinze dias a três semanas.

“(...) era também importante alongar o período de integração, pelo menos quinze dias (...).” E1; “ (...) acho que o tempo devia ser mais alargado... numa semana não dá (...).” E3; “(...) era importante termos mais tempo para nos integrarmos, pelo menos cumprir os quinze dias habituais.” E5; “(...) seria bom alargar mais uns dias o período de integração (...) pelo menos três semanas eram precisas.” E10.

A opinião das participantes está de acordo com o defendido por Fernandes *et al.* (2010), que consideram que o tempo disponibilizado para o processo de integração do novo enfermeiro deve ter uma duração suficiente, de modo a promover a aquisição de segurança no desempenho das funções, tornando-o ativo e eficiente na prestação de cuidados, considerando-se esse tempo um ganho para o futuro da instituição/serviço. Esta opinião corrobora também a de Azevedo (1996) que entende que todos os novos elementos em integração num serviço deveriam estar em integração, em horário fixo e supranumerários, durante quatro semanas.

Outro aspeto que as participantes propõem como sendo fundamental a nível de planificação e organização do processo de integração é a Definição do papel de supervisor, promotores de uma cultura de implementação de processos formais de supervisão de pares, nos serviços:

“Considero muito importante que seja sempre o mesmo colega a acompanhar-nos neste processo, porque vamos ganhando empatia e sentimo-nos mais à vontade para partilharmos as nossas dúvidas, as questões que vão surgindo e as nossas inseguranças” E1; “(...) seria fundamental ter um elemento de referência na equipa que seguisse o

nosso processo de adaptação e aprendizagem de um modo contínuo” E4; “(...) atribuído um elemento da equipa (...) durante o processo de integração (...) isso facilita, porque ele já sabe em que patamar é que já estamos, o que nos foi transmitido e até onde pode ir connosco durante o processo de integração (...) é capaz de nos dar um feedback sobre aquilo que precisamos de melhorar (...)” E5; “Apenas um supervisor a acompanhar-nos, para poder ter uma comparação ao longo dos dias sobre a nossa evolução (...) Penso que deveria haver maior planificação e preparação do processo de integração, nomeadamente na escolha do supervisor (...)” E8; “(...) seria importante que os novos colegas fossem integrados apenas por uma pessoa, pelo menos inicialmente (...)” E9; “(...) ser apenas uma pessoa responsável por fazer a integração do colega é bom, porque há possibilidade de estabelecer uma relação mais próxima e ficamos mais à vontade para esclarecer dúvidas e pedir ajuda (...)” E11; “(...)o papel enquanto supervisor não deve ser imposto, porque isso influencia muito a integração do colega recém-chegado (...)” E12.

Estas opiniões corroboram a ideia de Santos *et al.*, (1999 cit. por Fernandes et al, 2010), que considera primordial que o enfermeiro chefe planeie e oriente o processo de integração dos enfermeiros, devendo ser coadjuvado por um enfermeiro a designar por si, para desempenho do papel. Abreu (2007), também considera imprescindível a escolha de um supervisor capaz de reconhecer a importância de aceitar a função de integrar o novo elemento, tenha brio profissional, conhecimentos técnicos e científicos, bom desempenho profissional, boa capacidade de planeamento e uma boa relação interpessoal.

A presença de um supervisor é considerada um contributo para a socialização do enfermeiro supervisionado e possibilita a rápida transição entre a teoria e a prática, um aumento dos níveis de autoconfiança e de autoeficácia, o que concorre para o de sucesso e crescimento profissional (Ragins e Kram, 1997 cit. por Silva, 2010).

Tal importância prende-se também com a intenção de se desenvolver uma relação supervisiva entre supervisor clínico e supervisionado, num ambiente de confiança e de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante, para que este processo apoie e estimule cada um dos intervenientes a progredir e a criar o seu estilo pessoal de intervenção (Alarcão, 2001; Carvalho, 2004; Gomes *et al.*, 2005; Manias & Aitken, 2005).

2.4 Enfermeiro Supervisor

Com o intuito dos enfermeiros admitidos nos serviços desenvolverem competências e aperfeiçoamento profissional, os supervisores e a restante equipa, devem contribuir para a integração daqueles primeiros, onde, segundo o REPE, “*organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção*” (DL n.º 161/96, artigo 9º, p.18) permitindo aos novos profissionais alcançar a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Macedo, 2012).

Deste modo, torna-se imprescindível a existência de um responsável pelo processo de integração e sua supervisão, sendo responsável pela adaptação/adequação das necessidades tanto do novo enfermeiro como do serviço (Ferreira, 2006). Assim, o sucesso da integração de enfermeiros depende também das características do supervisor, enquanto pessoa detentora de características próprias (Macedo, 2012).

Da evidência encontrada, destaca-se que os enfermeiros supervisores são frequentemente escolhidos aleatoriamente. Muitos profissionais assumem o papel de supervisor clínico sem estarem conscientes da responsabilidade que assumem e dos requisitos exigidos. Há necessidade destes profissionais serem formados para a supervisão, incluindo a

dimensão motivacional (Gago, 2008). De acordo com Butterworth & Faugier (1994), os supervisores clínicos devem possuir uma preparação específica para desenvolverem o processo, possuir capacidades formativas, desenvolver práticas clínicas, serem escolhidos pelos supervisados e inclusivamente, disponibilizarem-se, eles próprios, para serem supervisados.

Por conseguinte, julgou-se pertinente retratar, neste subcapítulo, as representações dos enfermeiros sobre o supervisor clínico. Da análise do discurso das participantes, emergiram duas categorias: “Perfil do Supervisor” e “Papel do Supervisor”, assim como as respetivas subcategorias (Quadro 3)

Quadro 3: Enfermeiro Supervisor

Categorias	Subcategorias
Perfil do Supervisor	Expertise
	Competências humanas e relacionais
	Competências pedagógicas
Papel do Supervisor	Desenvolvimento de competências

PERFIL DO SUPERVISOR

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

De acordo com Cottrell (2000), as competências dos supervisores clínicos devem alicerçar-se num conjunto de características entre as quais se destacam:

- Perícia - o reconhecimento pode ser informal através da habilidade, da experiência ou do *status* e da formação. O reconhecimento informal pode vir dos pares pois a perícia formal pode ser transmitida pela confiança;
- Experiência - o supervisor clínico em enfermagem deve ter profundidade na experiência no seu campo de especialidade, pois a prática clínica é altamente desejável;
- Aceitabilidade - É de extrema importância que o supervisor clínico seja aceite por aqueles que ele supervisiona;
- Formação - É desejável que todos os supervisores clínicos recebam formação em SC no início da sua atividade supervisiva, bem como formação contínua. A formação básica é considerada necessária mas não suficiente para assegurar elevada qualidade em supervisão. A formação e experiência adicionais em supervisão são consideradas essenciais para ajudar a desenvolver competências supervisivas.

Salienta-se que o supervisor clínico deverá ser submetido a uma formação específica, contemplando a sua própria SC, no sentido de garantir que os supervisionados beneficiem ao máximo da experiência de SC (Wilson, Fawcett & Whyte, 2001), uma vez que o supervisor clínico pode influenciar o comportamento dos supervisionados e, de uma forma indireta, a prestação de cuidados dos supervisionados aos clientes (Butterworth *et al.*, 2008). Nesse sentido, é vital que o supervisor clínico tenha competências de supervisão adequadas, devido às responsabilidades morais e transferência de conhecimento e competências que o exercício de supervisão acarreta (Severinsson, 2001).

As participantes consideraram que os supervisores devem possuir *Expertise, Competências humanas e relacionais e Competências pedagógicas*, que vão ao encontro do descrito na evidência científica. Na Expertise revelam:

“(...) trabalhar já há alguns anos no serviço, para realmente ser um expert no assunto (...) alguém com competências diferenciadas do colega que está em integração, com mais formação, por exemplo, ser especialista (...)” E1; “Deve ser sempre um perito na área (...)” E3; “(...) uma pessoa com vasta experiência profissional e formação na área da supervisão.” E5; “Deve ter experiência, deve ter formação especializada (...)” E6; “(...) deve também ser, de preferência, alguém com especialização na área” E10; “Deve (...) ser um dos mais experientes no serviço, isso é fundamental (...) deve ser perito na área de enfermagem (...) Deve assumir-se como um modelo (...)” E11.

Estes resultados corroboram os de diversos investigadores, que concluíram que os enfermeiros consideram importante que o supervisor clínico tenha formação em SCE (Cruz, Carvalho & Sousa, 2012), pois para desempenharem com eficácia o seu papel, os supervisores clínicos devem receber a preparação adequada que contemple a base teórica e a aplicação prática da SCE (Williams & Irvine, 2009). Neste sentido, Sardo e colaboradores (2005), concluíram que se aprende a ser supervisor através da formação específica na área da supervisão. Segundo Pires (2004), a formação em supervisão faz parte do conjunto de características essenciais para se ser supervisor.

São ainda consonantes com os resultados de Cruz, Carvalho e Sousa (2012), que apuraram que os enfermeiros consideram importante que o supervisor clínico tenha um curso de especialização em enfermagem.

Também os resultados do estudo de Pires (2004) e de Soares (2004) revelaram que os enfermeiros consideram importante que o supervisor seja especialista. De acordo com Pires (2004), a especialidade confere aos enfermeiros detentores da mesma, perícia em determinada área. Fica assim claro, que para exercer a função de supervisor clínico o enfermeiro necessita de formação, pois *“Um supervisor clínico não preparado, ou insuficientemente preparado para o desempenho da função, pode projetar*

as suas necessidades, dúvidas e incertezas nos supervisados.” (Koch et al., 2009, p. 216).

Quanto às Competências humanas e relacionais, as mais valorizadas pelos enfermeiros do estudo são a calma, a paciência, a empatia e a capacidade de comunicação:

“Deve ser uma pessoa calma, com paciência (...)” E1; “(...) com facilidade de comunicação com os colegas e que esteja realmente disponível para integrar o colega (...)” E3; “Deve ser uma pessoa paciente, calma e bom comunicador (...)” E4; “(...) alguém disponível e com vontade para desempenhar o papel (...)” E8; “(...) deve ter vontade e disponibilidade para colaborar na integração dos novos colegas (...)” E9; “(...) alguém capaz de criar relações empáticas com os outros facilmente, com a capacidade de prestar atenção e de saber escutar, de compreender, de manifestar uma atitude de cooperação e interajuda para com o novo colega (...)” E10.

Relativamente às Competências pedagógicas:

“(...) não deve ser uma pessoa ao acaso, mas sim alguém que o enfermeiro chefe considere capaz de ensinar o outro (...)” E1; “(...) ser um enfermeiro com capacidade para orientar o colega de uma forma assertiva, isto é, ser capaz de apontar erros e de os fundamentar tendo por base a evidência mais atual (...)” E3; “Deve ser (...) capaz de promover momentos de partilha e reflexão (...)” E8; “(...) vontade de ensinar (...) saber identificar as dificuldades do outro de forma a podê-lo ajudar da melhor maneira possível” E9.

As características que as participantes julgaram ser determinantes num bom supervisor clínico, são consonantes com o referido por diferentes investigadores. No estudo de Soares (2004, p.155) emergiram como características consideradas *“muito importantes”* a *“disponibilidade permanente”*, o saber ouvir, o ser assertivo, o ser confidente, a capacidade

de avaliar, o ser detentor de conhecimentos técnicos e científicos e ainda a capacidade de estabelecer “*relações humanas*”.

Deve demonstrar competências de supervisão, o que se entende pela mestria na utilização e adequação das estratégias de supervisão. A OE (2010) foca ainda o papel do supervisor no que concerne à valorização do trabalho do supervisionado, e em garantir a autonomia gradual do mesmo, sempre num clima de confiança, motivação e em que se pratica o constante *feedback*.

Portanto, o desenvolvimento de competências do supervisor como profissional humano, resulta da interação entre:

“Saberes científicos específicos; a comunicação de saberes, onde, para além da transmissão de informação se torna imprescindível englobar a relação empática e de entreajuda, de modo a que o formando seja parte ativa do processo; a dinamização da aprendizagem estimulando a criatividade; a inovação e o espírito crítico; os valores éticos e sociais; o respeito por si e pelo outro; a tolerância e a honestidade; a recusa de preconceitos ideológicos, culturais ou sociais; o clima de partilha e cooperação e a avaliação e autoavaliação.” (Fonseca, 2006, p.33).

Resulta pois, do saber, do saber fazer e do saber ser de um supervisor (Fonseca, 2006).

PAPEL DO SUPERVISOR

As participantes consideraram que o papel do supervisor passa sobretudo por promover o *Desenvolvimento de competências* dos enfermeiros envolvidos no processo de supervisão, ressaltando que esta se constitui como meio para desenvolver e adquirir novas competências nas diferentes áreas do saber, do saber fazer e do saber ser, evidenciando o

carácter holístico das competências do enfermeiro para o exercício profissional. Cabe ao supervisor estimular no supervisionado mecanismos que o levem a otimizar ao expoente máximo as suas capacidades e competências.

Esta vertente do papel do supervisor é contemplada por Garrido, Simões & Pires (2008, p.63) ao afirmarem que espera-se do supervisor que este proporcione o *“suporte técnico, emocional e cognitivo que permita desenvolver competências técnicas, comunicacionais, atitudinais e cognitivas”* do supervisionado. Podemos verificar essa percepção nos seguintes testemunhos:

“(...) tive a sorte de ter ficado com colegas que me foram sempre incentivando a uma prática autónoma, competente e responsável (...)” E3; *“(...) a supervisão e orientação dos colegas (...) foi muito importante no desenvolvimento de competências, sobretudo do saber fazer (...)”* E4; *“(...) ela deu-me uma ajuda importante a nível da pesquisa e estudo que deveria fazer para ficar mais orientada...tornou as coisas mais claras (...) fez-me ficar mais apta (...)”* E6; *“(...) a colega numa fase inicial, funcionou um pouco como elo de ligação até com os doentes e isso fez-me sentir mais à vontade, por exemplo, na relação que estabeleci com eles e (...) a nível do planeamento dos cuidados e do processo de enfermagem também foi uma ajuda fundamental, porque me foi orientando nesse sentido (...)”* E7; *“(...) os colegas, com a supervisão (...) tentaram perceber o que eu já sabia, o que estava capaz de fazer, onde é que realmente precisava da ajuda deles (...) O supervisor é fundamental para estabelecer uma aliança de trabalho com o elemento que acaba de chegar ao serviço (...) sobretudo quando desenvolve estratégias de acompanhamento e de orientação dinâmicas e que vão de encontro às características, à experiência anterior e às expectativas do elemento a integrar (...)”* E8; *“(...) inserida num contexto de trabalho com colegas bastante experientes, considero que me senti sempre estimulada a mobilizar os meus conhecimentos através da interação com diversas situações e em contextos diferenciados, o que facilitou a construção de novos saberes profissionais(...)”* E9; *“(...) com a orientação e ajuda das colegas, fui*

desenvolvendo o meu sentido de organização e a minha capacidade de decisão... Fui-me tornando mais crítica em relação à prestação de cuidados (...) É um papel muito importante, porque tem a responsabilidade acrescida de observar as práticas do colega que está a integrar, identificar o que está menos bem para se poder melhorar (...) facilitar a adaptação do colega ao serviço e à equipa, de promover a sua autonomia, de ensinar, de partilhar, de dar conhecimentos... É um papel de mútua cooperação” E10.

A opinião das participantes vai ao encontro do estudo realizado por Serrano, Costa & Costa (2011), que analisou a forma como os enfermeiros desenvolvem competências na área do cuidar em enfermagem, as autoras concluíram que o desenvolvimento de competências resulta da articulação entre a equipa de saúde e o contexto, pela implementação de estratégias promotoras de um processo reflexivo sobre a prática de enfermagem, nomeadamente a SCE.

A evidência sugere, ainda, que o supervisor tem o papel de medir e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais em início de carreira nos seus próprios ambientes clínicos. Ele também deve estimular a aplicação da teoria na prática, desenvolvendo habilidades e ensinando o recém-formado a utilizar adequadamente o tempo, por meio de priorização de procedimentos e atitudes. Tem, por isso, a importante função de melhorar o nível de qualidade da atuação profissional, o que é bom para o próprio profissional e também para o utilizador do serviço de saúde Serrano, Costa & Costa (2011).

Desta forma, o supervisor tem a missão de facilitar e apoiar a socialização do supervisionado na equipa multiprofissional. Deve para isto compreender e adequar com o supervisionado as melhores estratégias, o ritmo e a forma.

Numa perspetiva global, e tendo como pano de fundo a qualidade dos cuidados de enfermagem, o supervisor age como modelo e como referência, pelo que deve compreender a importância deste seu papel,

para a consolidação da identidade profissional do supervisionado (Tavares, 2013).

A função do Supervisor em Enfermagem consiste em ajudar e orientar na resolução de dificuldades da prática de cuidados, facilitando o desenvolvimento de competências, no sentido de aumentar a qualidade no cuidar (Rocha, 2014).

A Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 6) refere que o supervisor tem como missão, *“facilitar e apoiar a socialização do supervisionado, na equipa multiprofissional e ao seu novo papel, e simultaneamente o de garantir que este o assume de forma gradual, segura e responsável”*, agindo o supervisor como um modelo e uma referência a seguir. Neste contexto, o supervisor acompanha a prática profissional do enfermeiro em integração, promovendo a tomada de decisão e auxiliando a gradual autonomia do mesmo no exercício da sua prática. Na visão das participantes o supervisor tem como papel:

“ (...) o supervisor é o principal responsável por fazer com que a gente se adapte ao serviço e possamos estar cada vez mais aptos e autónomos nos nossos cuidados... Tem o papel de partilhar conhecimentos e experiências facilitadoras do processo e partilhar, não significa, dar a resposta... é preciso dar espaço para refletirmos sobre a situação e criarmos conhecimento (...) deve estimular a eficiência dos novos colegas, contribuindo para a sua autoconfiança, porque sem dúvida que profissionais mais confiantes e seguros prestam cuidados de enfermagem de maior qualidade” E12.

Por conseguinte, segundo Cottrell (2000) o enfermeiro supervisor clínico tem como função primordial apoiar o desenvolvimento do profissional, ajudando-o a ultrapassar as dificuldades, a refletir sobre as suas práticas e a desenvolver competências que lhe permitam cuidar com qualidade. Defende ainda que a sua função se baseia na sustentação da formação e da atividade profissional dos supervisionados, tendo como objetivo

de base a prestação de cuidados de qualidade ao utente e, ainda, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos enfermeiros. Assim, o supervisor em enfermagem pensa a supervisão numa dinâmica de qualidade, centrada no processo dos cuidados e nos seus resultados.

Deste modo, a função que o supervisor desempenha é fundamental no estabelecimento de critérios de boas práticas pretendidos, tentando ajustá-los às perspetivas e necessidades dos supervisados (Proctor, 2006), de modo a ajudar a controlar as dificuldades que este processo de acompanhamento comporta e possibilitar o desenvolvimento de competências no sentido de uma maior qualidade do cuidar (Garrido, 2004). Esta ideia é apoiada pela das entrevistadas, pois mencionaram que:

“É um papel muito importante, porque tem a responsabilidade acrescida de observar as práticas do colega que está a integrar, identificar o que está menos bem para se poder melhorar (...) de facilitar a adaptação do colega ao serviço e à equipa, de promover a sua autonomia, de ensinar, de partilhar, de dar conhecimentos... É um papel de mútua cooperação” E10.

De acordo com a OE (2010, p. 5), a supervisão clínica, face às premissas do Modelo de Desenvolvimento Profissional, é definido 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”*, sendo o processo supervensivo *“um período de prática acompanhada de forma contínua”*, que visa a autonomia progressiva do supervisado em integração, em contexto profissional, baseando-se na prática clínica e nos processos de tomada de decisão.

Salienta-se ainda a ação, reflexão e a colaboração como eixos centrais deste modelo de supervisão clínica adotado pela OE (2010).

O desenvolvimento de competências do enfermeiro baseia-se particularmente na formação e no reconhecimento que este tem da sua

identidade profissional. Espera-se que o recém-licenciado adquira competências que lhe possibilitem tomar decisões mais facilmente, construir uma percepção positiva de si e desenvolver segurança nas suas atitudes e comportamentos. De acordo com Abreu (2007) estes aspetos são facilitados quando o iniciado está acompanhado pelo seu supervisor, que lhe possibilitará uma crescente segurança na execução prática do seu trabalho.

Portanto, para que os enfermeiros prestem cuidados com qualidade, é necessário que estes repensem sobre os circuitos envolvidos na sua prática diária, através da utilização de processos reflexivos, em busca da melhoria do seu desempenho profissional. A SCE assume-se, assim, como estratégia fomentadora do incremento das competências profissionais, devendo ser sustentada e promovida pelas instituições, na busca contínua de uma política global de qualidade organizacional (Tavares, 2013).

CONCLUSÃO

Foi intenção levar a efeito um processo investigativo que contribuísse para a melhoria do processo de integração profissional de enfermeiros. Assim, neste momento, realça-se o conhecimento que foi emergindo durante o trabalho investigativo, o qual procurou dar resposta às questões e objetivos de investigação.

Pretende-se, portanto, apresentar os pontos mais relevantes como subsídios para a realização de novos estudos neste mesmo âmbito e refletir sobre os contributos que, na nossa perspetiva, este trabalho poderá gerar.

A concretização desta investigação revelou uma indubitável necessidade de implementar práticas supervisivas nos contextos da prática de Enfermagem, com a finalidade de assegurar a satisfação dos enfermeiros, assim como dos clientes.

A SCE é perspetivada, na atualidade, como uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade e segurança da prática clínica, através do suporte que proporciona aos enfermeiros, tornando-se uma mais-valia no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A implementação de processos supervisivos permite atender às necessidades dos enfermeiros, tornando-os mais aptos para o exercício profissional, contribui para aumentar a sua satisfação e vinculação à profissão e, simultaneamente, promove ganhos em saúde pelo seu elevado potencial de aperfeiçoamento da tomada de decisão clínica e conceção de cuidados seguros e de qualidade.

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

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

À semelhança do que a evidência sugere, a reflexão das enfermeiras participantes sobre o seu processo de integração evidenciou que este período de adaptação a um novo serviço ou o início da atividade profissional está associado a um conjunto de vivências, entre as quais, medo, desorientação, insegurança, ansiedade e stresse, relacionados sobretudo, com as exigências da profissão e as competências que o indivíduo possui para fazer face às mesmas, com a escassa experiência profissional, com as novas atividades que precisam de ser desenvolvidas e com o facto de terem de trabalhar com pessoas desconhecidas.

Estas vivências necessitam de ser ultrapassadas, através da implementação de estratégias facilitadoras desse processo. Junto das enfermeiras entrevistadas, pôde-se perceber, que na sua generalidade, adotaram estratégias pessoais, que lhes permitiram obter um conhecimento aprofundado da equipa e dinâmica do serviço, consultar o material de suporte presente no serviço e adquirir e/ou aprofundar conhecimentos específicos relacionados com os cuidados de enfermagem.

As participantes reconheceram portanto, a importância da iniciativa e motivação na procura individual do conhecimento e da excelência das competências técnicas e relacionais, que tem subjacente a atualização científica, a qual lhes permite argumentarem e basearem as suas opiniões na evidência mais atual.

Na opinião das mesmas, foi também fundamental a auto implicação no processo, adotando uma postura proactiva, de empenho e envolvimento na construção do conhecimento, assim como, a auto supervisão, enquanto estratégia de introspeção, autoanálise e autorreflexão, que lhes permitiu identificar e analisar as suas dificuldades, erros e lacunas no conhecimento, revendo de forma sistemática a sua atuação e aprendendo com a experiência.

Considerando que a prática profissional dos enfermeiros é indissociável da forma como está organizado o seu contexto de trabalho e dos materiais de apoio disponíveis, as participantes reconheceram ainda o carácter determinante da consulta de normas e protocolos do serviço, fundamentais na organização e uniformização da prática de cuidados, proporcionando mais segurança e qualidade à prestação dos mesmos

Apesar da escassa formação e informação sobre a SCE da maioria das enfermeiras, foi interessante verificar que reconhecem a importância da implementação de estratégias de supervisão, pelos seus supervisores e as assumem como fundamentais no desenvolvimento de competências cruciais à adaptação ao contexto de trabalho.

As estratégias de SC mais implementadas durante o seu processo de integração foram a demonstração, o apoio, a formação contínua, o *feedback*, a análise de casos, a análise crítico-reflexiva das práticas, a auto supervisão e a clarificação. As participantes reconheceram-nas, como pertinentes, relevantes e adequadas, pelo contributo que assumiram na melhoria das suas práticas clínicas, na otimização do desempenho e no desenvolvimento pessoal e profissional.

A identificação das estratégias de supervisão utilizadas pelos supervisores clínicos e a sua adequação constituiu um aspeto importante e que poderá fornecer informação útil, para a melhoria da relação supervisiva, através de um maior investimento por parte dos supervisores clínicos no uso das mesmas.

A partir dos dados colhidos, verificou-se também, que as participantes identificam vários contributos da SCE, nomeadamente, para a

qualidade dos cuidados, para a satisfação profissional e para o desenvolvimento profissional, aspetos positivos largamente documentados pela evidência científica.

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

De acordo com o parecer das entrevistadas, a SC disponibilizada permitiu-lhes desenvolverem competências e habilidades profissionais num ambiente de aprendizagem reflexiva, aumentarem a autonomia e autoconfiança, o que conduziu à melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados por via de uma prática mais segura para os clientes.

Um dos maiores benefícios apontados à SCE é o facto de fornecer suporte aos profissionais, que promove a melhoria da autoestima, da motivação na prestação de cuidados, bem como o aumento da confiança e a diminuição dos níveis de stresse, aspetos que vão de encontro ao discurso da grande parte das participantes. Estas reconheceram a SCE como um contributo para a melhoria dos níveis de satisfação profissional, que relacionam sobretudo com o bom ambiente de trabalho que vivenciaram, com o apoio e suporte disponibilizado pelos colegas e com a relação supervisiva estabelecida com os seus supervisores. Consideraram ainda que a autonomia profissional, adquirida ao longo do processo supervisivo, promoveu significativamente a sua satisfação profissional.

Na perspetiva expressa pelas participantes, verificou-se que as práticas supervisivas desenvolvidas durante o processo de integração, tornaram-se ainda fundamentais para a construção do conhecimento e para o desenvolvimento profissional, assente num acompanhamento e numa conceção dialogante do processo de ação. Realçaram o valor formativo da experiência, que resultou da conceptualização e da reflexão sobre essa mesma experiência e valorizaram particularmente, os momentos

colaborativos com os supervisores, que possibilitaram colocar dúvidas, partilhar saberes e experiências e olhar os problemas da prática sob diversas perspetivas, permitindo um contínuo desenvolvimento pessoal e profissional.

Decorrentes das vivências do processo de integração, as participantes, identificaram fatores facilitadores do mesmo, nomeadamente: a experiência profissional anterior; a formação pós-graduada e a formação contínua, cujos contributos se refletem no autoconhecimento e no desenvolvimento de competências e habilidades; a motivação pessoal, fator preponderante para o sucesso do desempenho profissional, uma vez que profissionais motivados são mais empenhados e produtivos, o que se reflete nas interações que estabelecem com a equipa multiprofissional e com os clientes; acolhimento pela equipa, pois boas relações interpessoais entre os elementos de uma equipa, aumentam a capacidade de envolvimento no trabalho, diminui o sentimento de impotência dos profissionais e aumenta a autoeficácia individual e coletiva; as características do enfermeiro supervisor, sendo destacada a importância da experiência profissional, da experiência em supervisão de pares e/ou estudantes e da formação pós-graduada; a disponibilidade do enfermeiro supervisor e da equipa para o processo; e a possibilidade de observação prévia de técnicas.

Por outro lado, da análise do discurso das participantes, emergiram ainda dados que possibilitaram a identificação de fatores dificultadores do processo de integração, entre os quais: a inexistência de plano de integração, que interpretaram como um obstáculo à apropriação das dinâmicas profissionais e culturais do serviço; a escassez de recursos humanos; a gestão do horário, que se relacionou com uma sobrecarga horária desde o início; a inexperiência na área; a inexistência de supervisor, o que originou uma descontinuidade do processo supervisorio e do acompanhamento disponibilizado; a duração do processo de integração, julgado pela maioria, como insuficiente para se adaptarem e adquirirem confiança e segurança necessárias à prestação de cuidados; e as

contratações de curta duração, que impossibilitam uma vinculação à instituição.

A identificação dos fatores dificultadores à integração, constituiu um aspeto relevante, na medida em que permite aos investigadores responsáveis pelo projeto, conjuntamente com os órgãos de gestão, chefias e supervisores clínicos do CHEDV, delinear estratégias que possam minimizar os aspetos menos positivos, atender às necessidades identificadas e otimizar a operacionalização do processo.

Posto isto, planificação e organização do processo de integração, é um aspeto que releva, visto que este se deve desenvolver por fases, para facilitar o seu desenvolvimento e dinâmica, assim como, estimular o interesse e entusiasmo iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade da prestação de cuidados.

Verificou-se então, através do discurso das entrevistadas, que o acolhimento começou, com o conhecimento das condições físicas do serviço e, sobretudo, pelas apresentações aos restantes colegas e elementos da equipa multidisciplinar, aspetos considerados relevantes, na medida em que permitiram que as enfermeiras se sentissem bem no seu ambiente de trabalho e o reconhecem como seu espaço físico e social.

Outro aspeto que deve estar bem definido e planeado, segundo a opinião das participantes, é a duração do processo de integração. A duração deste processo, normalmente, é variável, dependendo das necessidades imediatas e a longo prazo do serviço e do enfermeiro em integração, assim como da facilidade de integração com que o novo elemento demonstre durante o processo. Ainda assim, este período de integração deve ser razoável de modo a que o enfermeiro a integrar possa desenvolver as competências essenciais para o desempenho da sua atividade profissional.

Pela análise dos dados obtidos, averiguou-se que as vivências e as experiências profissionais das enfermeiras em integração tiveram influência na adequação do tempo de integração disponibilizado para o processo de integração. Deste modo, o tempo de integração nos serviços estudados

variou entre as duas e as seis semanas, uma vez que todas as enfermeiras participantes tinham experiência prévia noutros serviços.

Não obstante, no que respeita a este ponto, a opinião das participantes é divergente. Enquanto algumas consideraram a duração Insuficiente para a adaptação ao serviço, outras julgaram a duração suficiente, para o desenvolvimento de competências e habilidades.

Um dos objetivos principais de todo o processo de integração é estimular a performance profissional dos novos profissionais, contribuindo para a eficácia da instituição. Destacam-se como vantagens de uma boa integração para o enfermeiro: a diminuição do stresse, frustração e conflito, o aumento da autoconfiança, do auto desenvolvimento, da satisfação pessoal e profissional.

Considerando a perceção das enfermeiras sobre o seu processo de integração, importa que prevaleçam as sugestões de melhoria, que as mesmas julgaram de grande relevância, para a integração futura de novos colegas.

De acordo com os dados obtidos, nenhum dos serviços estudados apresentava um programa de integração estruturado e organizado à medida das necessidades e características do serviço e dos enfermeiros em integração. O discurso das participantes remete para o impacto que a existência ou não de um plano de integração tem no desenvolvimento profissional do enfermeiro. Assim, propuseram a formalização do plano de integração, uma vez que se torna fundamental a existência de planos e programas adaptados às necessidades individuais dos enfermeiros, assim como às especificidades dos serviços, de modo a que os enfermeiros sejam enquadrados no contexto de trabalho mediante apoio e orientação.

Pela formalização do plano de integração, as participantes entenderam que seria relevante disponibilizar aos enfermeiros recém-admitidos, um manual de integração, através do qual os profissionais recebam a instrução básica de trabalho necessário às funções que tem a desempenhar, as suas relações com os outros funcionários e com os seus superiores, bem como facilitar os caminhos necessários para o seu

desenvolvimento no serviço. Além disso, esperam que nele constem informações sobre a história da instituição, a sua estrutura física, funcional e organizacional, objetivos do serviço e, de um modo geral, todas as informações necessárias para uma visão global da instituição e da sua inserção na organização. Contribuindo para integrar os novos enfermeiros nos objetivos e estratégias do serviço, a formalização do plano de Integração ajudará a minimizar as consequências do caos inicial do processo, fazendo aumentar a satisfação profissional e o rendimento no trabalho.

As participantes sugeriram também o aumento do tempo de integração, como aspeto a melhorar. Na opinião destas, o período de integração deveria ter uma durabilidade mínima entre 15 dias e três semanas.

Outro aspeto que as participantes recomendaram como sendo fundamental a nível de planificação e organização do processo de integração foi a definição do papel de supervisor. Da evidência encontrada, destaca-se que os enfermeiros supervisores são frequentemente, escolhidos aleatoriamente. Muitos profissionais assumem o papel de supervisor clínico sem estarem conscientes da responsabilidade e dos requisitos exigidos. A definição do supervisor responsável pela integração do enfermeiro recém-admitido é muito relevante, uma vez que tal, proporcionará um clima de maior confiança e estabilidade para o integrado, favorecendo a continuidade e uniformidade no acompanhamento. É portanto, imprescindível que seja escolhido um supervisor capaz de reconhecer a importância de aceitar a função de integrar o novo elemento.

Relativamente às representações sobre o enfermeiro supervisor, estas consideraram que os supervisores devem possuir um perfil dotado de diversas competências técnicas, competências humanas e relacionais e competências pedagógicas, que vão de encontro ao descrito na evidência científica. Como competências técnicas as participantes destacam a experiência profissional de anos, a perícia e a formação pós-graduada. Quanto às competências humanas e relacionais, as mais valorizadas pelos

enfermeiros do estudo são a calma, a paciência, a empatia e a capacidade de comunicação. Relativamente às competências pedagógicas, consideram fundamental que os supervisores gostem de ensinar e tenham vontade para desempenhar esse papel.

Sobre o papel do supervisor as entrevistadas pensam que passa sobretudo, por promover o desenvolvimento de competências dos enfermeiros envolvidos no processo de supervisão, ressaltando que esta se constitui como meio para desenvolver e adquirir novas competências nas diferentes áreas do saber, do saber fazer e do saber ser, evidenciando o carácter holístico das competências do enfermeiro para o exercício profissional.

Numa perspetiva global e tendo como pano de fundo a qualidade dos cuidados de enfermagem, o supervisor deve agir como modelo e como referência e deve compreender a importância deste seu papel, para a consolidação da identidade profissional do supervisionado.

A função do supervisor em enfermagem consiste em ajudar e orientar na resolução de dificuldades da prática de cuidados, facilitando o desenvolvimento de competências, no sentido de aumentar a qualidade dos cuidados.

Concomitantemente, as entrevistadas reconheceram que a função que o supervisor desempenha é fundamental no estabelecimento de critérios de boas práticas, sempre que ajustados às perspetivas e necessidades dos supervisionados.

O desenvolvimento de competências do enfermeiro baseia-se particularmente na formação e no reconhecimento que este tem da sua identidade profissional. Espera-se que o recém-admitido adquira competências que lhe possibilitem tomar decisões mais facilmente, construir uma perceção positiva de si e desenvolver segurança nas suas atitudes e comportamentos.

Em síntese, poder-se-á dizer que os resultados obtidos neste estudo são importantes contributos para se repensarem os programas de integração de enfermeiros recém-admitidos no CHEDV, assim como noutras

instituições de saúde, o que constituirá um contributo inestimável para o desenvolvimento da Enfermagem. Assim, numa fase inicial pretender-se-á divulgar os resultados junto das chefias e supervisores clínicos do CHEDV, de modo a propor-se uma reestruturação do plano de integração em uso na instituição em causa.

Julga-se oportuno, numa fase posterior, aplicar novamente a entrevista para avaliar se realmente houve alteração nas vivências e perceção dos enfermeiros quanto ao seu processo de integração.

Portanto, urge o desenvolvimento de trabalhos de investigação na área do processo de integração profissional de enfermeiros, enquanto temática central para o planeamento de programas de SCE adequados a cada contexto de trabalho. Torna-se assim, premente que se continue a realizar investigação sobre os potenciais benefícios da SCE, enaltecendo-a como uma medida a ser implementada nas organizações de saúde para atingir os objetivos propostos no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, nomeadamente no que respeita à redução das despesas associados à saúde e à melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ALARCÃO, I. - *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

ALARCÃO, I.; CANHA, B.- *Supervisão e colaboração: Uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora, 2013.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J.- *Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Almedina, 2007.

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

ALVES, F.C. - *Diário de MS9: Dilemas de uma professora principiante*. Braganca: Instituto Politecnico de Braganca, 2005.

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

AMIGUINHO, A. - *Viver a formação, construir a mudança*. Lisboa: Educa, 1992.

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

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

BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

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

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

BENNER, P. - *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

BERGGREN, I.; BARBOSA, A.; SEVERINSSON, E. - Core ethical issues in clinical nursing supervision. *Nursing and Health Sciences*, vol. 7, p. 21-28, 2005.

BOAVIDA, A.; PONTE, J. - Investigação colaborativa: Potencialidades e problemas. In GTI, *Reflectir e investigar sobre a prática profissional* (p. 43-55). Lisboa: APM, 2002. [Em linha] [Consult. 12 jul. 2015] Disponível em: <http://www.ipb.pt/~mjt/documdisciplinas/investigacaocolaborativa.pdf>.

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

BRONFENBRENNER, U. - *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

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

BUCCHI, S.; MIRA, V. - Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo*, vol. 44, p. 1003-1010, 2010.

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

BUTTERWORTH, T.; FAUGIER, J. - *Clinical Supervision in Nursing, Midwifery and Health Visiting*. Briefing Paper. University of Manchester. ISBN: 1-898992-00-2, 1994.

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

11 mai. 2015]. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19.pdf.

CARVALHO, A. - Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

CARVALHO, F.; VENTURA, T.; BARROSO, R.- Perfil de competências do orientador de formação. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, vol. 20, p. 147-152, 2004.

CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA (CHEDV) - Apresentação. (S.d.) [Em linha]. [Consult. 10 mai. 2015]. Disponível em:
<http://www.hospitalfeira.min-saude.pt/>.

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

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

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN) - Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade. Instrumentos de Informação e Ação. Genebra, 2007.

CORREIA, V.; SERVO, M.- Supervisão da enfermeira em unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 59, nº 4, p. 527-531, 2006.

COSTA, J. - As transformações no ciclo de estudos da Enfermagem: Análise do impacto na progressão e promoção na carreira após a implementação do Curso de Complemento de Formação. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa. Dissertação de Mestrado, 2012.

COTTRELL, S. - Introduction of clinical supervision. 2000. [Em Linha]. [Consult. 11 mai. 2015] Disponível em:
<http://www.homesteadschools.com/lcsw/courses/Clinical%20Supervision/introduction.htm>.

COUTINHO, C. - *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, 2011.

CROSS, W.; MOORE, A.; OCKERBY, S. - Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital. *Contemporary Nurse*, vol. 35(2), p.245-253, 2010.

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

CRUZ, S. - Do Ad Hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em Uso. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde. Tese de Doutoramento, 2008.

CRUZ, S.; CARVALHO, L.; SOUSA, P.- Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, (69), p. 864-873, 2012.

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

CUSTÓDIO, S.; PEREIRA, A.; SECO, G. - Stresse, suporte social, otimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Évora: Universidade de Évora. VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, 2006.

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

DAY, C. - *Desenvolvimento profissional de professores: os desafios da aprendizagem permanente*. Porto: Porto Editora, 2001.

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

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

DECRETO-LEI n.º 247/09. Lisboa: Diário da República, I Série A, n.º 184, p.6758-6761, 2009.

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

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK - Research on work-related stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1- 267, 2000.

FERNANDES, A.; GERALDES, J.; BATISTA, M.; ALVES, P. - Integração de enfermeiros no serviço de urgência geral. *Sinais Vitais*, n.º 92, p. 50-55, 2010.

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

FERREIRA, M. - *Organizações, trabalho e carreira*. Camarate: Lusociência, 2006.

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

FORTIN, M. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FRANÇA, M. - Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: adversidades e estratégias. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de Mestrado, 2013.

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

FREDERICO, M. - Integração profissional. *Sinais Vitais*, 37, 33-36, 2001.

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

FREIXO, M. - *Metodologia científica. Fundamentos, métodos e técnicas*. 3ª ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2011.

GAGO, T. - Crenças de eficácia nos papéis de carreira, valores de vida e prática de supervisão de ensinos clínicos, em enfermeiros. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado, 2008.

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

GARRIDO, A. - *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado, 2004.

GARRIDO, A.; SIMÕES, J.; PIRES, R. - *Supervisão clínica em enfermagem: perspetivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

GEORGE, V. [et al.] - Developing staff nurse shared leadership behavior in Professional nursing practice. *Nursing Administration Quarterly*, vol. 26(3), p. 44-59, 2002.

GIL, A. - *Gestão de pessoas: enfoque nos papéis profissionais*. 1ª Ed. São Paulo. Atlas, 2010.

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

GOODE, C.; WILLIAMS, C. - Post-baccalaureate nurse residency program. *Journal of Nursing Administration*, vol. 34, p. 71-77, 2004.

GRANT, A. M. - Does intrinsic motivation fuel the prosocial fire? Motivational synergy in predicting persistence, performance, and productivity. *Journal of Applied Psychology*, vol. 93(1), p.48-58, 2008.

GUEST, G.; BUNCE, A; JOHNSON, L. - How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, vol. 18(1), p.59-82, 2006.

HALFER, D. - A magnetic strategy for new graduate nurses. *Nursing Economics*, vol. 25, p.6-11, 2007.

HANSEBO, G.; KIHLGREN, M. - Nursing home care: changes after supervision. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 45, nº 3, p. 269-279, 2004.

HARGREAVES, A. - *Os Professores em tempos de mudança: o trabalho e a cultura dos professores na idade pós-moderna*. Lisboa: McGraw-Hill. (tradução), 1998.

HYRKÄS, K. - Clinical supervision and quality care. Finlândia: University of Tampere. Dissertação de Mestrado, 2002.

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

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

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

KILCULLEN, N. - An analysis of the experiences of clinical supervision on registered nurses undertaking /graduate diploma in renal and urological

nursing and on their clinical supervisors. *Journal of Clinical Nursing*, vol.16, p.1029-1038, 2007.

KING'S FUND - Last straw: explaining the NHS nursing shortage. 2000. [Em linha]. [Consult. 16 Jun. 2015]. Disponível em: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/last-straw-explaining-nhs-nursing-shortage-sandra-meadows-ros-levenson-1-august-2000.pdf.

KOCH, C. [et al.] - Avaliar para melhorar a formação em supervisão clínica em enfermagem. In Saúde e qualidade de vida: estado da arte. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009.

KOIVU, A.; SAARINEN, P.; HYRKÄS, K. - Stress relief or practice development: varied reasons for attending clinical supervision. *Journal of Nursing Management*, vol.19, p.644-654, 2011.

KURCGANT, P. - Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU, 1991.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. - Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.

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

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

LYTH, G. M. - Clinical supervision: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 31(3), p. 722-729, 2000.

MACEDO, M. - Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2012.

MANIAS, E.; AITKEN, R. - Clinical teachers in specialty practice settings: perceptions of their role within postgraduate nursing programs. *Learning in Health and Social Care*, vol. 4(2), p. 67-77, 2005.

MARRINER, A. - Guide to nursing management and leadership. 8ª ed., Mosby Elsevier, 2009.

MARTINS, H. H. - Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e pesquisa*, vol. 30(2), p. 289-300, 2004.

MESTRINHO, M. [et al] - Formação em enfermagem: Docentes investigam. *Associação Portuguesa de Enfermeiros*, 2000.

MIRANDA, C. - Preparação dos enfermeiros para o exercício de funções de docência: contributo da supervisão clínica em enfermagem. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado, 2015.

MOURA, E.; MESQUITA, L. - Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 63(5), p. 793-878, 2010.

NADIRSHAW, Z.; TORRY, B. - Transcultural health care practice: Transcultural clinical supervision in health care practice. London: Royal College of Nursing, 2004.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) - Supervision policy. Derby City: National Health Service Primary Care Trust, 2011.

NEVES, D. - Liderança e satisfação dos enfermeiros com supervisão. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de Mestrado, 2013.

NOVOA, A. - Vidas de professores. Porto: Porto Editora, p. 11-30, 1992.

OLIVEIRA, P. - Auto-eficácia específica nas competências do Enfermeiro de cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique. Dissertação de Mestrado, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Reflexões: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. 2004. [Em linha] [Consult. 16 Jun. 2015]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/?pg=eventos_compil=10&ev=Reflexoes.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Desenvolvimento profissional - Certificação de competências: Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, (26), p.4-8, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo de Desenvolvimento Profissional Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.

PAPATHANASSOGLU, E. [et al.] - Practice and clinical decision - making autonomy among Hellenic critical care nurses. *Journal of Nursing Management*. Vol. 13, nº 2, p. 154-164, 2005.

PING, X. - Roles and models of clinical supervision. *Singapore Nursing Journal*, Vol. 35, nº 2 p. 26-32, 2008.

PINHEIRO, G. - Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em enfermagem. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado, 2012.

PINTO, D. - Indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado, 2013.

PIRES, A. - Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências., Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa. Tese de Doutoramento, 2002.

PIRES, R. - Acompanhamento da atividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado, 2004.

PISCO, L. - Boletim IQS: apresentação. *Instituto da Qualidade em Saúde*, (0), p. 1-8, 2000.

POLIT, D.; BECK, C. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B.- *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROCTOR, B. - Training for the supervision alliance attitude, skills and intention, p.25-46, 2006.

PROEHL, J.A. - Developing emergency nursing competence. *Nurse Clinical North American*. 2002, Vol. 37 (1), pp. 89-96.

QUICK, J.; NELSON, D.; HURRELL, J. - Preventive stress management in organizations. American Psychological Association, Washington, DC, US, 1997. [Em linha] [Consult. 16 Jun. 2015]. Disponível em: <http://www.apa.org/books>.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. - Manual de investigação em ciências sociais. 5ª ed. Lisboa: Gradiva, 2008.

RIBEIRO, J. - Autonomia profissional dos enfermeiros. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado, 2009.

RIBEIRO, J. - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª ed. Legis Editora: Porto, 2010.

ROCHA, I. - Construção e validação do questionário de avaliação da frequência de estratégias de supervisão clínica em Enfermagem. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado, 2013.

ROCHA, A. - Supervisão clínica em enfermagem para a segurança e qualidade dos cuidados: perspetiva dos supervisionados. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado, 2014.

RUA, M. - *De aluno a enfermeiro - Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência, 2011.

SÁ-CHAVES, I. - *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: CIDInE, 1997.

SÁ-CHAVES, I. - Formação, conhecimento e supervisão: contributos na área da formação de professores e de outros profissionais. Aveiro: Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 2000.

SANTOS, M. - Desenvolvimento de competências profissionais com a educação pelos pares. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado, 2009.

SAPATA, A. - Stresse e estratégias de coping em enfermeiros: estudo comparativo entre Portugal e Espanha. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Dissertação de Mestrado, 2012.

SARDO, D. [et al.] - Conditioning factors in nursing students clinical supervision. Conference Book: Recent Research Developments in Learning Technologies. Badajoz: Formatex, p. 402-405, 2005.

SCARPARO, A. [et al.] - Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas de enfermagem. *Revista Rene*. Vol. 13, nº 1, p. 242-251, 2012.

SCHUTZENHOFER, K. - The problem of professional autonomy in nursing. *Health Care for Women International*. Vol. 9, nº 2, p. 93-106, 1988.

SERRANO, M. - Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho. Universidade de Aveiro, Aveiro. Tese de Doutoramento, 2008.

SERRANO, M.; COSTA, A.; COSTA, N.- Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (3) (mar.), p.15-23, 2011.

SEVERINSSON, E. - Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*, vol. 8(1), p. 36-44, 2001.

SHEU, S.; LIN, H.; HWANG, S. - Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice: the effect of coping behaviours. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 39, p.165-175, 2002.

SILVA, A.; CARVALHO, C. - Integração do enfermeiro numa organização hospitalar. *Revista Nursing*, (164), p.16-20, 2002.

SILVA, L. - Desenvolvimento Profissional Docente nos Espaços e Tempos do Trabalho Colaborativo. Dissertação de Mestrado em Supervisão, Universidade de Aveiro, Aveiro, 2010.

SILVA, R.; PIRES, R.; VILELA, C. - Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico - Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, Vol. 3, p. 113-122, 2011.

SILVESTRE, M. - Integração de Enfermeiros em instituições hospitalares: estudo de caso. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado, 2012.

SIMÕES, J. - Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado, 2004.

SIMÕES, J.; GARRIDO, A. - Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas no ensino clínico de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, vol.16(4) (out.- dez.), p.599-608, 2007.

SIQUERA, I.; KURCGANT, P. - Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de intervenção geral. *Revista Escola de Enfermagem* - Universidade de São Paulo (3), p. 251-257, 2005.

SOARES, S. - Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado, 2004.

Sousa, M. - A formação contínua em enfermagem: estudo nas perspetivas do enfermeiro. *Revista Nursing*, Ano 15, (175), p. 23-33, 2003.

SOUZA, J. - Motivação no Trabalho: uma análise dos dois fatores da Teoria Motivacional de Herzberg. Paraná: Universidade de Brasília, 2011.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. - *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002.

TAVARES, J. - Políticas de Supervisão Clínica em Enfermagem em Serviços de Pediatria. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado, 2013.

VARANDAS, M.; LOPES, A. - Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, vol. 22, p.141-158, 2012.

VAZ SERRA, A. - *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G.C. Gráfica de Coimbra, 2007.

WEST, E.; MABEN, J.; RAFFERTY, A. - Nursing and patient outcomes: how can employers provide the right environment for nurses to deliver high quality care? 2006. [Em linha]. [Consult. 15 Jun. 2015]. Disponível em: <http://www.hhpr.org/>.

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. - Cost and resource implications of clinical supervision in nursing: an Australian perspective. *Journal of Nursing Management*, vol.14, p.628-636, 2006.

WILLIAMS, L.; IRVINE, F. - How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. *Journal of Nursing Management*, vol.17, p.474-483, 2009.

WILSON, L.; FAWCETT, T.; WHYTE, D. - An evaluation of a clinical supervision programme. *British Journal of Community Nursing*, vol. 6(12), p.614-623, 2001.

WINSTANLEY, J.; WHITE, E. - Clinical supervision: models, measures and bestpractice. *Nurse Researcher*, vol.10(4), p.7-38, 2003.

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

WOOD, J. - Clinical supervision. *British Journal of Perioperative Nursing*, vol. 14(4) p.151-156, 2004.

ANEXOS

Anexo I
Guião da Entrevista



GUIÃO DA ENTREVISTA

Tema: A Supervisão Clínica no processo de integração profissional de enfermeiros.

Objetivos:

- Conhecer as experiências dos enfermeiros recém-admitidos, relacionadas com o seu processo de integração;
- Identificar a perceção dos enfermeiros recém-admitidos, sobre o seu processo de integração;
- Identificar os fatores facilitadores do processo de integração dos enfermeiros recém-admitidos;
- Identificar os fatores limitadores do processo de integração dos enfermeiros recém-admitidos;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros recém-admitidos sobre o perfil do supervisor clínico.

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DO ENTREVISTADO

1. Sexo:
 - a. Feminino
 - b. Masculino

2. Idade: _____

3. Estado Civil:
 - a. Solteiro
 - b. Casado/União de Facto
 - c. Divorciado
 - d. Viúvo

4. Formação académica/profissional
 - a. Licenciatura
 - b. Mestrado
 - i. Qual?_____
 - c. Doutoramento
 - i. Qual?_____
 - d. Especialização
 - i. Qual?_____
 - e. Outro
 - i. Qual?_____
5. Categoria Profissional
 - a. Enfermeiro
 - b. Enfermeiro Graduado
 - c. Enfermeiro Especialista
6. Serviço onde exerce funções_____
7. Tempo de exercício profissional_____
8. Tempo de exercício profissional no atual serviço_____
9. Tipo de vínculo institucional
 - a. Contrato de trabalho de funções públicas
 - b. Contrato individual de trabalho
 - i. Tempo indeterminado
 - ii. Termo certo
 - iii. Termo incerto
 - c. Outro?
 - i. Qual?_____
10. Horário Praticado:
 - a. Fixo
 - b. Roulement
11. Formação pós-graduada em SC?
 - a. Sim
 - i. Qual?_____

PARTE II

Blocos Temáticos	Objetivos Específicos	Perguntas orientadoras/Ações em Campo	Observações
Legitimação da Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legitimar a entrevista; ▪ Motivar o entrevistado a colaborar; ▪ Garantir o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da investigadora; - Informação sobre a investigação e explicitação dos objetivos da entrevista; - Solicitação da colaboração do entrevistado; - Garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos; - Solicitar autorização de áudio-gravação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas; - Colocar gravador num local discreto; - Assinatura do consentimento informado.
I. Caracterização do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterizar os participantes do estudo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Obter dados para a caracterização sociodemográfica e profissional do entrevistado. 	

<p style="text-align: center;">II. Experiências do enfermeiro relacionadas com o processo de integração</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as experiências dos enfermeiros recém-admitidos relacionadas com o seu processo de integração no serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fale-me da forma como se realizou a sua integração no serviço? <ul style="list-style-type: none"> ▪ No processo de integração na instituição foi-lhe fornecido algum material de apoio? ▪ Se sim, qual? - O seu processo de integração obedeceu a algum plano formal? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se sim, como considera que este respondeu às suas necessidades? ▪ Descreva o processo. - Quanto tempo durou o seu processo de integração? - Como avalia o tempo que lhe foi disponibilizado para a sua integração no serviço? - Considera-o suficiente / insuficiente? Justifique. - Já se sentia preparada para começar? - No decurso da sua integração que atividades de acompanhamento foram desenvolvidas? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Em que medida estas atividades contribuíram para a sua integração? - Que estratégias pessoais desenvolveu para se integrar no serviço? - Como gostaria que tivesse decorrido a sua integração no serviço? - Que sentimentos vivenciou no decurso do seu processo de integração? 	<p>- Manual de acolhimento, normas, protocolos, direitos e deveres, etc.)</p>
--	---	---	---

<p>III. Percepções do enfermeiro sobre o processo de integração</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender a percepção dos enfermeiros recém-admitidos sobre o processo de integração. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quais as suas expectativas em relação ao processo de integração? - Considera que lhe foi disponibilizada supervisão durante o processo de integração? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se sim, em que medida é que esta foi importante? - Em que medida é que a supervisão proporcionou/facilitou o desenvolvimento das suas competências profissionais? - Em que medida é que a supervisão, que lhe foi disponibilizada foi relevante para a qualidade dos cuidados que presta? - Como entende ter desenvolvido as competências que lhe são atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros no período de integração? - Que sugestões gostaria de apresentar, para melhorar a supervisão, dos novos profissionais em integração? 	<ul style="list-style-type: none"> - Se não lhe foi disponibilizada supervisão durante o processo de integração considera que esta seria importante? Porquê? - Poderia contribuir para o desenvolvimento das suas competências profissionais? - E para a qualidade dos cuidados que presta? Justifique.
<p>IV. Fatores facilitadores e limitadores do processo de integração</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar os fatores facilitadores e limitadores do processo de integração dos enfermeiros recém-admitidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quais as experiências que considera que foram facilitadoras do seu processo de integração? - Quais as experiências que considera que foram limitadoras do seu processo de integração? - Que outros fatores considera que foram facilitadores do seu processo de integração? - Que outros fatores considera que foram limitadores do seu processo de integração? 	<p style="text-align: center;"> </p>

<p>V. Concepções do Enfermeiro quanto ao perfil do supervisor clínico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer a opinião dos Enfermeiros recém-admitidos sobre o perfil do supervisor clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Na sua opinião que características deve possuir um supervisor, que participa no processo de integração de enfermeiros? - Que competências considera que este supervisor clínico deve ter? - Que papel considera que o supervisor desempenha no processo de integração? 	
<p>Finalização da Entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recolher informações complementares; ▪ Agradecer a participação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gostaria de fazer algum comentário ou acrescentar algo mais ao que foi dito? - Agradecer cordialmente a colaboração. 	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas.

Anexo II
Autorização institucional para a realização do estudo



Centro Hospitalar
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Exma. Senhora

Enf.ª Ana Isabel Tavares Carvalho

anacarvalho.3@hotmail.com

CA-073/15-12

Data: 2015/01/30

FS/AC

Assunto: Trabalho de Investigação "A supervisão clínica no processo de integração profissional de enfermeiros "

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, deliberou em reunião de 29 de janeiro de 2015, autorizar a realização do trabalho de investigação mencionado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

Fernando Silva

Presidente do Conselho de Administração

Anexo III
Informação ao Participante

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Caro(a) colega,

Antes de decidir se vai colaborar nesta investigação deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, bem como os riscos e benefícios da sua participação.

Pede-se que leia todo o documento com atenção e que se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretende antes de aceitar participar no estudo.

Ana Isabel Tavares Carvalho, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, no ano letivo de 2014/2015, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), pretende desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema: “A Supervisão Clínica no processo de integração profissional de Enfermeiros” sob orientação da Professora Doutora Margarida Reis Santos, Professora Coordenadora da ESEP e coorientação da Mestre Regina Pires, Professora Adjunta da ESEP.

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) consiste num processo de suporte e acompanhamento da prática profissional do enfermeiro que, através de processos de reflexão e análise da prática clínica, promove o desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais à tomada de decisão autónoma, aumentando a proteção do utente e a segurança dos cuidados.

Neste âmbito, o processo de integração é determinante no sucesso de adaptação do indivíduo à organização e, conseqüentemente, no seu desempenho, uma vez que promove a aquisição de autoconfiança no exercício das suas funções, a construção da sua identidade profissional e o desenvolvimento de competências. Assim, é imperioso que a integração dos enfermeiros recém-admitidos no contexto de trabalho seja orientada por padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, devendo ser criadas por parte das instituições, condições adequadas e tempo de integração necessários, de forma a promover o desenvolvimento de novas atitudes profissionais e a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados.

O estudo tem como objetivos principais:

- Analisar as experiências dos Enfermeiros recém-admitidos, relacionadas com o seu processo de integração no serviço;
- Analisar a perceção dos Enfermeiros recém-admitidos sobre o seu processo de integração;
- Identificar os fatores facilitadores e limitadores do processo de integração dos Enfermeiros recém-admitidos;
- Analisar a opinião dos Enfermeiros recém-admitidos sobre o perfil do Supervisor Clínico.

Este estudo pretende ser um contributo para a melhoria do processo de integração em contexto hospitalar, dos enfermeiros recém-admitidos.

A sua participação no estudo é opcional e voluntária. Da recusa não irá advir qualquer tipo de dano pessoal ou profissional. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer em qualquer momento. A sua decisão de cooperar ou não nesta investigação, não afetará a sua relação atual ou futura com a instituição onde exerce funções.

Se aceitar participar, solicita-se que responda a uma entrevista com gravação áudio. Para a sua realização irei ao seu local de trabalho, em data e hora a combinar.

Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo e não se preveem benefícios imediatos.

Todos os dados obtidos no decorrer do estudo têm garantia absoluta de confidencialidade, uma vez que esta é assegurada pelo anonimato. Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes. Após a conclusão deste trabalho de investigação, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

A sua participação é indispensável para a realização do estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração,

Ana Carvalho

Para qualquer esclarecimento ou informação adicional, não hesite em contactar-me:

anacarvalho.3@hotmail.com

Anexo IV
Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica
Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989;
Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

“A SUPERVISÃO CLÍNICA NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL DE
ENFERMEIROS”

Eu, _____, declaro ter compreendido a informação e explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que me foi proposto participar, pelo investigador que assina este documento, tendo-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora.

A informação e explicação que me foram prestadas versaram os objetivos, os métodos, os benefícios do estudo e eventual incómodo que dele possa advir, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia.

Por isso, consinto participar no estudo respondendo às questões propostas, permitindo o acesso a dados relacionados com o mesmo.

Porto, ____ de _____ de 2015

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

Anexo V
Quadro Síntese da Análise de Conteúdo

QUADRO SÍNTESE DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Domínio: Vivências do processo de integração

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo / Unidades de Contexto
Caos Inicial	Medo	<i>“(...) exigem muita atenção e perícia da nossa parte... tinha receio (...)” E1; “É muito complicado... medo, mesmo muito medo (...)” E11.</i>
	Insegurança	<i>“(...) senti muita insegurança (...)” E3; “ (...) eu já estava de certa forma habituada, mas quando olhamos e vimos situações tão complicadas (...)” E11.</i>
	Ansiedade	<i>“Senti alguma ansiedade (...)” E1; “Há sempre alguma ansiedade (...)” E6; “ (...) ansiedade, é tudo novo (...)” E8; “há sempre (...) alguma ansiedade, porque é algo desconhecido (...)” E10.</i>
	Stresse	<i>“Quando me disseram que vinha para [este serviço], ia-me dando um colapso nervoso... (risos)” E12.</i>
Estratégias Pessoais Adotadas	Atualização científica	<i>“(...) pesquisar um bocadinho e tentar inteirar-me do nome de certas coisas... sobretudo estudo.” E5; “Tentei pesquisar ao máximo, porque nunca tinha trabalhado em urgência, que é muito diferente do contexto de internamento que eu estava habituada (...)” E9; “ (...) no início foi preciso estudar para lembrar algumas coisas que quando não são praticadas, esquecemos (...)” E10; “Realizei muita pesquisa e estudo na área (...) Ando sempre com um caderno de bolso com algumas notas importantes e um bloco de notas onde vou apontado coisas relevantes (...) como dúvidas, aspetos que tenho de aprofundar” E11; “Pesquisa de literatura, muito estudo (...)” E12;</i>
	Auto implicação	<i>“(...) aproveitava os dias em que estava como elemento extra para conhecer mais especificamente alguns instrumentos (...)” E5; “ (...) tive de ter a atitude de que neste serviço era eu a mais nova (...)” E6.</i>
Estratégias de Supervisão	Apoio	<i>“(...) como íamos trabalhando muito em equipa senti que tive sempre o apoio dos colegas, quer a nível pessoal quer profissional.” E3; “ (...) mesmo depois do período de integração manteve sempre o apoio e suporte em várias atividades que foram precisas desenvolver (...)” E6; “ (...) posso dizer que me senti sempre apoiada nas minhas dúvidas e dificuldades por parte dos colegas” E9; “ (...) mais calma e tranquila no decorrer dos turnos, também pelo apoio e confiança que a colega sempre me transmitiu (...)” E12.</i>
	Feedback	<i>“(...) os colegas davam-me sempre um feedback sobre</i>

		<i>a minha prestação (...)” E4.</i>
	Análise de casos	<i>“A análise de casos dos processos clínicos com a colega, foi-me permitindo ficar mais inteirada sobre as patologias mais comuns, sobre a medicação (...)” E7; “(...) desde o início que os colegas me possibilitaram que participasse nos cuidados que iam sendo prestados (...)” E9; “(...) análise e reflexão de casos com os colegas, que me ajudaram a identificar muitas das necessidades dos doentes (...)” E12.</i>
	Análise crítico-reflexiva das práticas	<i>“ Através da discussão de situações clínicas com o colega, por vezes fiquei a ter um novo olhar sobre a situação... e acho que com essa reflexão as experiências foram sendo interiorizadas, o que numa fase posterior me fez estar completamente à vontade” E6.</i>
	Clarificação de dúvidas	<i>“(...) sempre que possível tentávamos arranjar um bocadinho de tempo para discutir alguns aspetos, o que é muito bom a nível de clarificação de conceitos e esclarecimento de dúvidas” E3.</i>
Contributos da SCE	Qualidade dos cuidados	<i>“ Duas cabeças a pensar é sempre melhor do que uma... (risos) ... e claro que ter a colega mais experiente, que me ia alertando para alguns aspetos, por exemplo, ‘não faças assim, faz antes assim, que provoca menos dor ao doente’, fez-me refletir e mudar algumas práticas” E1; “ (...) tive sempre alguém que me consciencializou para a importância de eu saber sempre o que estava a fazer... sobretudo em situações de maior complexidade clínica e emergência, em que não temos muito tempo para pensar” E3; “ (...) para mim supervisão é o processo de acompanhamento, no qual um colega mais velho e mais experiente transmite os seus conhecimentos, as suas experiências e habilidades aos colegas com menos experiência, para que desenvolvam a sua prática com mais qualidade e segurança (...) através da minha colaboração em procedimentos realizados em conjunto com os colegas, da reflexão que íamos tendo, sobre os cuidados prestados e das sugestões e conselhos deles, mais facilmente me senti mais esclarecida, mais segura... e isso claramente que aumenta a nossa autoconfiança e depois acaba por se refletir na qualidade dos cuidados (...)” E8; “ (...) ao ser orientada por pessoas mais velhas e mais experientes, tive momentos de aprendizagem muito ricos e o apoio contínuo disponibilizado possibilitou-me melhorar aspetos da prática, contribuindo, assim para a melhoria dos cuidados que venho a prestar (...)” E9; “Uma pessoa ao praticar com supervisão, consegue explorar novos saberes e sabe que se tiver dúvidas tem alguém experiente que explica e ajuda a refletir sobre os nossos erros e acho que assim, mais</i>

		<p><i>facilmente, quando estamos sozinhos, sentimo-nos mais confiantes (...) e claro que isso se reflete na qualidade dos nossos cuidados” E10; “(...) Tem (...) o papel de ajudar a controlar as dificuldades que este processo apresenta e possibilitar o desenvolvimento de competências no sentido de uma maior qualidade nos cuidados” E11; “Através da partilha, da reflexão crítica sobre o cuidar e a inovação, em variados momentos da prática, bem como durante as sessões de formação no serviço, certamente contribuiu para que atingisse um dos objetivos mais importantes para mim, que é prestar cuidados de qualidade e significativos para os utentes” E12.</i></p>
	<p>Satisfação profissional</p>	<p><i>“(...) quando temos um bom ambiente de trabalho tudo se torna mais fácil” E5; “ Como cheguei cá motivada e de certa forma continuei motivada durante toda a integração graças à ajuda dos colegas, penso que o meu desempenho foi de encontro ao que esperavam de mim e claro, quando se gosta do que se faz e as coisas correm de feição sem dúvida que nos sentimos realizados e satisfeitos (...)” E8; “Contribuí porque (...) fiquei mais calma e tranquila no decorrer dos turnos (...)” E12.</i></p>
	<p>Desenvolvimento profissional</p>	<p><i>“A supervisão é sempre importante (...) sentimos que temos ali alguém ao nosso lado e isso é imprescindível principalmente numa fase inicial... podemos estar inseguros a nível de protocolos e rotinas e podemos sempre perguntar... se nos esquecemos de algo, aquela pessoa está sempre ali para nos dar a resposta (...) por isso acho fundamental a supervisão que nos é dada no processo de adaptação decorrente da mudança de serviço” E7; “Considero que o desenvolvimento de competências resulta da integração efetiva das experiências e pela interligação que fazemos entre os conhecimentos que temos e o agir na prática (...)” E8; “(...) comecei a sentir que me era imposta gradualmente mais autonomia e responsabilidade até ao final da quarta semana, em que já tinha uma visão global do trabalho (...) Cada vez mais a complexidade e as necessidades dos cuidados de saúde aumentam, e por isso, nós temos de ter uma elevada capacidade de flexibilidade e de ajuste aos mais diversos contextos (...)” E12.</i></p>
<p>Fatores Dificultadores</p>	<p>Inexistência de plano de integração</p>	<p><i>“(...) não houve nada previamente estabelecido que seguissemos conforme o passar dos dias e de acordo com os objetivos a atingir” E3; “(...) Penso que em alguns serviços têm um manual onde podem consultar, por exemplo, o funcionamento do serviço, os principais materiais utilizados e assim, mas aqui não existe isso (...)” E4; “(...) não houve nenhum plano fixo (...) não se seguiu nenhum plano de acolhimento” E5.</i></p>

	Inexperiência na área	<i>“(…) assim é começar totalmente do zero (…)” E4; “(…) não ter experiência anterior neste contexto de cuidados (…)” E12.</i>
	Inexistência de Supervisor	<i>“Quando é mais do que um elemento a fazer a integração acho que já é mais difícil de termos (…) perceção (…) do que é preciso melhorar (…)” E5; “(…) Não fiquei designada a nenhum colega, mas fiquei numa das alas mais complexas, onde é mais complicado e que requer desenrasque e fiquei a ser orientada por vários colegas (…) Na altura em que foi acho que não havia a possibilidade de ser integrada só por um colega, apesar que por um lado penso que teria sido uma mais-valia... não havia tanta repetição de informação (…)” E9.</i>
	Duração da integração	<i>“(…) É muito pouco para o serviço tão exigente e tão particular (…) Ao fim de uma semana, não estava de todo preparada (…) houve alas em que estive muito pouco tempo durante a integração, daí ainda me sentir insegura e pouco capaz para estar lá sozinha” E3; “(…) como tive pouco tempo de integração, tive de me inteirar sobre tudo a correr (…)” E4; “O curto período de tempo em integração que tive (…)” E5.</i>
Fatores Facilitadores	Experiência profissional anterior	<i>“(…) antes de vir para cá, ter trabalhado no serviço com doentes [desta especialidade] ... nós já estávamos a receber alguns doentes por falta de camas aqui (…)” E6; “ (…) trabalhei nove meses [noutro serviço], o que também me deu outro à vontade (…)” E11.</i>
	Acolhimento pela equipa	<i>“(…) recetividade dos colegas e a boa comunicação que existe entre enfermeiros, médicos e auxiliares (…)” E3; “ (…) senti-me acolhida e bem recebida” E7.</i>
	Motivação	<i>“(…) sempre tive como objetivo profissional um dia trabalhar [neste serviço] (…)” E12.</i>

Domínio: Perceção sobre o processo de integração

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo / Unidades de Contexto
Planificação e Organização do Processo de Integração em Uso	Introdução no serviço	<i>“No meu primeiro dia de integração, a nossa chefe fez-me uma visita pela estrutura física do serviço (…) e apresentou-me às colegas (…)” E5; “No primeiro dia a chefe disse-me quem iria ser a colega que me ia integrar no serviço e ela começou por fazer uma apresentação do próprio serviço e apresentou-me todos os profissionais que trabalham connosco, desde enfermeiros, auxiliares, médicos, diretor do serviço” E10; “Inicialmente tive uma entrevista com a chefe, que depois me mostrou o serviço e apresentou a equipa e a colega responsável pela minha integração” E11.</i>

	Duração insuficiente	<i>“(...) havia dias que estava como elemento extra e outros em que já estava como elemento da equipa, por isso não sei precisar o tempo que tive efetivamente em integração...mas penso que não chegou a uma semana (...) Foi muito pouco tempo (...)” E5.</i>
	Duração suficiente	<i>“(...) Supostamente teria 15 dias de integração, no entanto ao fim de dois dias, a meu pedido e porque a colega também achou que estava apta, comecei logo a ficar com doentes atribuídos, embora fosse tendo na mesma a supervisão da colega... (...)” E6; “(...) Comecei a primeira semana, sendo acompanhada em termos de medicação, em termos de procedimentos, funcionamento de rotinas do próprio serviço, para depois poder estar apta a trabalhar sozinha digamos (...) fui-me adaptando à própria equipa, à própria colega (...)” E7; “Tive um mês... (...) deu para me ambientar minimamente e considero que foi aproveitado da melhor forma” E12.</i>
	Material de apoio	<i>“Comecei por conhecer (...) as normas e protocolos do serviço, preparação da terapêutica” E2; “Foi-me dito também onde poderia consultar as normas e protocolos existentes, para melhor compreender os procedimentos ali realizados e de forma a atuar de acordo com eles (...)” E4; “(...) facultaram-me as normas e protocolos que estão arquivados aqui no serviço” E9; “(...) e mesmo na intranet disseram-nos onde estavam, para começar a ter conhecimento (...)” E12.</i>
Sugestões de Melhoria do Processo de Integração	Aumento do tempo de integração	<i>“(...) e se calhar fazer uma integração em turnos só de 6h horas, porque eu cheguei a fazer um turno de 12h e é muito intensivo” E1; “(...) talvez fosse importante que a enfermeira chefe distribuisse as horas de integração por turnos de manhã e tarde, em vez de turnos de dia e noite, que aconteceu com frequência” E3; “Um processo de integração, na minha opinião, deverá ter a duração mínima de quatro semanas (...)” E8.</i>

Domínio: Enfermeiro supervisor

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo/ Unidades de Contexto
Perfil do Supervisor	Expertise	<i>“(...) alguém com muita experiência... deve ser enfermeiro no serviço há pelo menos dois anos, só assim será conhecedor do serviço em questão e da própria instituição (...)” E1; “Alguém com muita experiência e com conhecimentos aprofundados para que saiba responder às nossas questões (...)” E4; “(...) e ser alguém competente com</i>

		<p><i>conhecimentos teórico-práticos, que seja capaz de transmitir esses conhecimentos (...).” E6; “Experiência profissional, formação mais especializada (...)” E7; “(...) deve ter muita experiência ... bastantes anos de casa e no serviço... deve conhecer todas as normas do serviço para nos transmitir sabedoria, confiança e acima de tudo segurança (...)” E8; “ (...) ser uma pessoa experiente e competente, com conhecimentos científicos e técnicos (...)” E9; “Alguém com mais anos de serviço, pois à partida será mais eficaz e responsável (...) deve também ser, de preferência, alguém com especialização na área” E10; “(...) é importante serem realmente os seniores a fazê-lo, mais experiência e mais anos de serviço” E12.</i></p>
	<p>Competências humanas e relacionais</p>	<p><i>“(...) deve também ter um espírito crítico bastante apurado e sobretudo ter a capacidade de inculcar no colega uma atitude reflexiva de modo a perceber o que fez e porque o fez.” E4; “Deve (...) transmitir tranquilidade (...) alguém (...) que mantenha a calma (...) com paciência” E5; “Deve ter o dom da partilha... deve ser humano deve ter o gosto pela profissão (...) para conseguir motivar o novo elemento e proporcionar um bom ambiente de trabalho (...)” E7; “Disponibilidade... alguns colegas têm mais do que outros (...).” E9; “ (...) alguém (...) que (...) tenha paciência quando os outros não entendem à primeira” E10; “(...) tem de ser uma pessoa acessível, calma, com muita paciência principalmente... Tem de ter espírito de companheirismo (...) tem de ser alguém compreensivo, que perceba que isto é com o tempo (...) é muito importante que seja uma pessoa que estabeleça relações interpessoais facilmente, pois à partida estará mais disposto a ajudar o outro” E11; “Tem que ser calmo (...) alguém disponível para a função (...)” E12.</i></p>
	<p>Competências pedagógicas</p>	<p><i>“(...) o papel de apoiar e não de substituir, porque senão depois as pessoas quando ficam sozinhas perdem as moletas e não são capazes de andar sozinhas (...)” E6; “(...) que goste de ensinar os outros (...)” E10; “(...) capaz de orientar e avaliar os contextos de trabalho, de modo a proporcionar ao novo colega a ajuda necessária ao seu desenvolvimento profissional (...)” E11.</i></p>
<p>Papel do Supervisor</p>	<p>Desenvolvimento de competências</p>	<p><i>“(...) o acompanhamento pela colega fez-me perceber que havia aspetos que não sabia tão bem e que precisava de estudar para me tornar uma profissional ainda mais competente” E1; “(...) mas de certa forma isso acabou por facilitar porque me transmitiam segurança e sentia que confiavam</i></p>

		<p>em mim (...) ainda agora a supervisão não é dada diretamente, mas eu em alguns momentos peço aos colegas mais experientes que supervisionem o meu trabalho, para ter mais segurança e é ótimo saber que tens alguém a quem podes recorrer e partilhar as tuas incertezas” E3; “(...) na maioria mais velhos e com mais experiência (...) tem sobretudo o papel de acompanhamento/orientação de um colega que chega ao serviço, para o alcance de determinados objetivos, de modo a ser capaz de se adaptar ao novo contexto de trabalho e desempenhar de modo adequado as suas funções, o mais rapidamente possível” E4; “(...) a nossa formação de base não tem conteúdos cirúrgicos tão específicos... por isso a ajuda das colegas foi muito importante, no que diz respeito à troca de experiências e de conhecimentos (...)” E5; “(...) o papel do supervisor é imprescindível para a nossa adaptação... é quase como um porto seguro... é aquela pessoa que se calhar vamos recorrer sempre que temos dúvidas, porque estabelecemos uma relação de maior proximidade e porque foi a primeira pessoa com quem contactamos, que nos amparou digamos, quando estávamos mais inseguros” E7; “(...) [O supervisor] é o elo de ligação entre o novo elemento e a restante equipa e é o principal responsável pela promoção de um ambiente favorável ao desenvolvimento do colega e também de segurança, confiança, motivação e bem-estar (...) tem a missão de facilitar e apoiar todo este processo” E9; “(...) tinha alguém sempre do meu lado, que me transmitia confiança e segurança enquanto prestávamos os cuidados (...) oportunidade de vivenciar no contexto de trabalho (...) É um papel muito importante, porque tem a responsabilidade acrescida de observar as práticas do colega que está a integrar, identificar o que está menos bem para se poder melhorar (...) tem o papel de facilitar a adaptação do colega ao serviço e à equipa, de promover a sua autonomia, de ensinar, de partilhar, de dar conhecimentos... É um papel de mútua cooperação” E10; “(...) a colega orientou-me de acordo com os meus objetivos e expectativas e isso claro que facilitou a minha adaptação (...) os colegas de certa forma já têm outra visão e explicam, têm outra experiência e vão-nos transmitindo isso ao longo da integração, assim como certos truques e claro que isso ajuda muito a nível do desenvolvimento das nossas competências, sobretudo profissionais (...)” E11; “De facto através da orientação e acompanhamento prestados pela colega, senti que</p>
--	--	---

		<p><i>houve uma constante evolução e desenvolvimento da minha parte (...) tanto a colega como a restante equipa sempre tiveram preocupação em promover e desenvolver as minhas competências (...) de forma que eu pudesse ser um contributo significativo (...) o supervisor é o principal responsável por fazer com que a gente se adapte ao serviço e possamos estar cada vez mais aptos e autónomos nos nossos cuidados... Tem o papel de partilhar conhecimentos e experiências facilitadoras do processo e partilhar, não significa, dar a resposta...é preciso dar espaço para refletirmos sobre a situação e criarmos conhecimento (...) o supervisor deve estimular a eficiência dos novos colegas, contribuindo para a sua autoconfiança, porque sem dúvida que profissionais mais confiantes e seguros prestam cuidados de enfermagem de maior qualidade”</i></p> <p>E12.</p>
--	--	---