

# Supervisão clínica em enfermagem

Representações de enfermeiros  
dos cuidados de saúde primários

---

Regina Pires  
Margarida Reis Santos

# Supervisão clínica em enfermagem

Representações de enfermeiros  
dos cuidados de saúde primários

---

Regina Pires  
Margarida Reis Santos

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva das autoras, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos as autoras, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirêno de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



# Supervisão clínica em enfermagem representações de enfermeiros dos cuidados de saúde primários

**Diagramação:** Luiza Alves Batista  
**Correção:** Mariane Aparecida Freitas  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** As autoras  
**Autoras:** Regina Pires  
Margarida Reis Santos

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P667 Pires, Regina  
Supervisão clínica em enfermagem representações de enfermeiros dos cuidados de saúde primários / Regina Pires, Margarida Reis Santos. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-5983-997-1  
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.971220104>

1. Enfermagem. 2. Supervisão clínica. 3. Capacitação profissional. 4. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. I. Pires, Regina. II. Santos, Margarida Reis. III. Título.  
CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br



## DECLARAÇÃO DAS AUTORAS

As autoras desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



## **AGRADECIMENTO**

A todos os Enfermeiros que contribuíram para a concretização deste estudo.

## APRESENTAÇÃO

A supervisão clínica é globalmente compreendida como um processo formal de acompanhamento da prática que visa fornecer apoio profissional, com vista ao desenvolvimento de conhecimento, competências e autonomia na tomada de decisão, através de processos de reflexão e análise da prática clínica.

Consiste num processo promotor do desenvolvimento que permite aos profissionais assumirem as responsabilidades pelo seu desempenho, promovendo a proteção dos clientes, a segurança e qualidade dos cuidados. O desenvolvimento das capacidades analíticas e reflexivas do supervisionado, bem como o incentivo para a autoanálise e autoavaliação, são elementos centrais à supervisão clínica.

Os grandes desenvolvimentos socioeconómicos e técnico-científicos a que temos assistido nas últimas décadas, têm conduzido a novos desafios e exigências, particularmente na área da saúde. Isto tem levado a mudanças organizacionais significativas, com incremento de políticas de saúde diretivas, iniciativas de qualidade para melhorar padrões de cuidados e preocupações sobre a responsabilidade profissional, que se têm feito acompanhar por mudanças educacionais para práticas reflexivas, e pelo aumento do interesse sobre a saúde dos profissionais e prevenção do *burnout*.

A supervisão clínica em enfermagem tem-se vindo a afirmar como um processo que pode trazer significativos contributos para enfrentar estes desafios, contribuindo para desenvolver as práticas reflexivas, a responsabilidade profissional e a prevenção de *burnout*, o que impacta na qualidade dos cuidados e segurança dos clientes.

Esta tem sido uma área de particular interesse das autoras em termos de investigação e desenvolvimento, nas últimas duas décadas, esperando-se que este livro se constitua como uma ferramenta que contribua para a evolução do conhecimento em supervisão clínica, assim como para a sua implementação nos contextos da prática.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>APONTAMENTOS SOBRE A METODOLOGIA</b> .....	<b>6</b>
<b>REPRESENTAÇÕES SOBRE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM</b> .....	<b>12</b>
CONHECIMENTO SOBRE “SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM” .....	13
SIGNIFICADO ATRIBUÍDO A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM .....	19
ALTERAÇÃO DO TERMO «SUPERVISÃO» .....	29
DA FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL .....	33
DA INTERAÇÃO E RELAÇÃO .....	42
DA GARANTIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS .....	46
IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM .....	52
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>58</b>
<b>SOBRE AS AUTORAS</b> .....	<b>68</b>

# INTRODUÇÃO

Os processos supervisivos estão desde sempre associados ao desenvolvimento humano e às diferentes atividades profissionais. Com o progresso da sociedade e do trabalho, cada vez mais se tem vindo a impor a necessidade da supervisão nos contextos de trabalho, nomeadamente na área da saúde.

Sendo a saúde um dos setores mais sensíveis a nível global, os processos supervisivos assumem aqui uma expressão diferente, particularmente importante, pois trabalha-se diretamente com a vida Humana, pelo que se exige dos profissionais um exercício profissional de qualidade, promotor da segurança dos clientes.

Sendo a enfermagem um grupo profissional com grande representação nas sociedades, nomeadamente nas mais desenvolvidas, o exercício profissional dos enfermeiros revela-se crucial nos esforços para se alcançar qualidade em saúde, não podendo ser negligenciado, nem deixado invisível, muito embora a qualidade dependa do esforço multiprofissional (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Desde a década de 80 do séc. XX que se tem vindo a debater intensamente a problemática da implementação da supervisão clínica (SC) na área da saúde, como estratégia de incremento da qualidade dos cuidados e da segurança dos clientes.

Neste contexto, no que se refere à enfermagem, a supervisão clínica (SCE) tem vindo a ser adotada como solução estratégica integrada nas políticas de saúde de vários países, preferencialmente incluída em programas de gestão da qualidade e de governação clínica (Hyrkäs & PaunonenIlmonen, 2001; White & Winstanley, 2006).

O Departamento da Saúde do Reino Unido, no documento governamental “*A Vision for the Future*”, expõe uma definição de supervisão clínica, que é das mais referidas na evidência científica, e considerada como globalmente aceite na área da saúde, descrevendo-a como um processo formal de apoio profissional e aprendizagem que permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, e assumirem as responsabilidades pelo seu desempenho profissional,

assegurando a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes (Department of Health [DoH], 1993).

Ao longo das últimas décadas foram surgindo vários modelos de SC, oriundos de diferentes áreas profissionais e disciplinares.

Em 1986, Brigid Proctor apresentou um modelo que identifica três funções interativas da SC: a função formativa, de cariz educacional, relacionada com os processos de aprendizagem cognitiva; a restaurativa, intrínseca ao apoio fornecido ao profissional; e a normativa, inerente aos padrões de cuidados e responsabilidade profissional.

A investigação tem vindo a revelar que a SCE se constitui como um mecanismo de suporte importante para o desenvolvimento profissional, com efeitos muito positivos nas práticas de enfermagem (Evans & Macroft, 2015; Snowdon, Leggat, & Taylor, 2017). Quanto à função formativa, são comprovados os seus efeitos a nível da aprendizagem e prática baseada na evidência, no desenvolvimento a reflexão sobre as práticas e do pensamento crítico, na capacidade de tomada de decisão, no desenvolvimento da autocrítica e de habilidades e atitudes (Tomlinson, 2015).

Relativamente à função restaurativa, vários estudos apontam a SCE como um processo efetivo de suporte/apoio emocional que contribui para facilitar o alívio do stress e a prevenção do *burnout*, capacitando os enfermeiros para lidarem com as situações e contextos clínicos complexos, ajudando-os a desenvolverem resiliência através da exploração das suas emoções, a gestão de expectativas e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (Francis & Bulman, 2019; Kuhne, Maas, Wiesenthal, & Weck, 2019; Markey, O'Donnell, Turner, & Doody, 2020).

No que respeita à função normativa, consiste em facultar orientação profissional que promova a responsabilidade profissional, no sentido de garantir os padrões de qualidade e a cultura de atendimento nas organizações (Markey et al., 2020). Porém, considera-se que esta é a função menos investigada, argumentando-se que é pouco consistente a evidência disponível que comprove os efeitos da SCE na melhoria da qualidade dos cuidados, bem como nos resultados nos clientes (Koivu,

Saarinen, & Hyrkäs, 2012).

A SCE tem-se desenvolvido de forma significativa em países Anglo-Saxónicos, particularmente no Reino Unido, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, embora com evoluções diferentes.

Em Portugal ainda não se constata práticas formais de SCE, contudo, já se tem vindo a desenvolver pesquisa significativa sobre esta temática, principalmente no que se refere a investigação resultante de percursos académicos, mas também do trabalho que se tem vindo a desenvolver nos contextos da prática por enfermeiros, investigadores e académicos com interesse na área.

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) tem vindo a contribuir para o incremento da SCE, considerando que esta é decisiva para assegurar o apoio a uma relação supervisiva efetiva, com o propósito de assegurar a qualidade do acompanhamento clínico dos enfermeiros, garantindo o desenvolvimento das suas competências pessoais e profissionais, a construção crítico-reflexiva e consolidação da sua identidade profissional (Regulamento n.º 366/2018, 2018). A OE considera, ainda, que a SCE

Constitui -se, através do desenvolvimento de competências, como uma componente efetiva e de suporte para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, visando a obtenção de ganhos em saúde. Importa, pois, ser reconhecida, validada e certificada pela Ordem dos Enfermeiros, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional (Regulamento n.º 366/2018, 2018, p. 16657).

A SCE também tem vindo a ganhar relevo como elemento estratégico das políticas de qualidade definidas pela OE, nomeadamente no trabalho que tem vindo a desenvolver no âmbito da acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica.

Este processo passa pela identificação de contextos com os requisitos mínimos obrigatórios para os processos formativos, os quais devem assegurar o aprofundamento dos mecanismos de planeamento e controlo de todas as atividades e que têm vocação para inovação e desenvolvimento. Prevê-se que este processo se desenrole no âmbito nacional, com vista ao reconhecimento da idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (CPC), exigindo, por exemplo, para a

Licenciatura em Enfermagem, que os CPC possuam, pelo menos, dois enfermeiros em processo de atribuição de competência acrescida em supervisão clínica, pela a OE

A SCE é uma problemática sobre a qual nos temos vindo a debruçar com profundidade no nosso percurso académico, profissional e de investigação. Neste sentido, o interesse pelo desenvolvimento da presente investigação, integrada num estudo mais abrangente, intitulado “Supervisão clínica em enfermagem: contributos para a conceção de um programa em contexto de Cuidados de Saúde Primários”, prende-se com motivações de procura de evidências sobre a SCE, neste caso em contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Dado que em Portugal a investigação em SCE tem vindo a ser desenvolvida essencialmente em contexto hospitalar, entendeu-se enveredar pela realização de um estudo em contexto dos CSP, relativamente ao qual não se encontraram evidências sobre esta problemática.

Constituíram-se como fundamentos da realização deste estudo as reflexões sobre o trabalho em unidades de saúde, onde as reações emocionais dos enfermeiros são uma das componentes do exercício profissional que pode interferir na qualidade e segurança dos cuidados; o entendimento de que é necessário promover a qualidade dos serviços de saúde em geral, e do exercício profissional dos enfermeiros em particular, sob uma perspetiva integrada, que tenha em conta o desenvolvimento simultâneo da instituição, das pessoas e das práticas; a necessidade de contribuir para a construção do conhecimento na área da SCE.

A investigação teve por finalidade contribuir para a conceção de um programa de supervisão clínica em enfermagem, adequado ao contexto dos Cuidados de Saúde Primários, que se constitua como contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

O estudo teve como primeiro objetivo conhecer as representações dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre supervisão clínica em enfermagem.

O conteúdo deste livro integra no primeiro capítulo os apontamentos

metodológicos que envolveram a investigação, e no segundo os resultados que emergiram do estudo relativamente às representações sobre o conceito de SCE, a perceção da SCE como processo e a importância da SCE, sendo que alguns dos resultados já foram publicados em artigos científicos.

Importa salientar que quando se faz referência à SCE, esta é entendida como um processo de supervisão de pares, no âmbito do exercício da supervisão entre enfermeiros. Já a supervisão clínica (SC) é referida num sentido mais lato, não se restringindo à enfermagem.

# APONTAMENTOS SOBRE A METODOLOGIA

Os métodos de investigação científica utilizados pelo investigador devem ser congruentes com os fundamentos filosóficos que suportam as suas preocupações e com o objeto da investigação.

O presente estudo integra uma investigação mais alargada, cuja finalidade consiste em contribuir para a conceção de um programa de SCE adequada ao contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e se constitua como contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. O estudo teve por objetivo conhecer as representações dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre supervisão clínica em enfermagem.

Desenvolveu-se um estudo de natureza qualitativa, exploratório, ancorado no paradigma construtivista.

A opção pela abordagem construtivista teve por base um posicionamento de entendimento da primazia da compreensão como princípio do conhecimento, o reconhecimento e análise de diferentes perspetivas, a reflexão do investigador sobre a investigação como parte da produção do saber, perceber a pesquisa como um ato de construção de teorias enquanto objetos de estudo de abordagens qualitativas.

Mais do que simplesmente observar e descrever o fenómeno da SCE, procurou-se investigar a sua natureza complexa e os processos que lhe estão subjacentes, fundamental para analisar o significado, compreensão e interpretação desta problemática, através da compreensão e interpretação do ponto de vista dos participantes (Guba & Lincoln, 1988).

A investigação foi orientada pelos princípios da investigação-ação no que relevou para a interação com o contexto e os participantes.

## 1 | DESENHO DO ESTUDO

O estudo desenvolveu-se em três fases:

- I. A primeira fase consistiu na preparação do acesso ao campo, na qual se conheceu o contexto onde se desenrolou a

investigação, preparou-se a entrada no terreno e definiram-se as estratégias de recolha e tratamento dos dados;

II. A segunda fase consistiu na recolha e análise dos dados;

III. A terceira fase compreendeu a divulgação dos resultados.

A investigação foi desenvolvida no contexto de um Agrupamento de Centros de Saúde do norte de Portugal, mais precisamente em três Centros de Saúde, destacando-se que, no nosso país, estes são considerados como a primeira linha de acesso dos cidadãos à prestação de cuidados.

## 2.1 ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE DADOS

A opção pelos métodos e técnicas de recolha de dados prendeu-se, principalmente, com o fenómeno em estudo e a informação que se pretendia recolher.

A entrevista semiestruturada constituiu a principal estratégia de colheita de dados, no sentido de examinar conceitos, representações e opiniões que permitissem compreender o sentido do fenómeno SCE, tal como percebido pelos participantes.

Tomando por referência Frid, Ohlen e Bergbom (2000) e Flick (2005), foi construído um guião de entrevista constituído por cinco blocos temáticos (Figura 1): o primeiro integra a legitimação da entrevista e respetivos objetivos; os restantes incidem sobre as conceções, representações, sentimentos, descrição de eventos experienciados e opiniões dos participantes sobre a temática da SCE. O guião contempla 28 exemplos de questões, distribuídas por quatro dos cinco blocos.

<b>Bloco I</b>	Legitimação da entrevista
<b>Bloco II</b>	Representações sobre o trabalho e supervisão das práticas
<b>Bloco III</b>	Caraterização da supervisão
<b>Bloco IV</b>	Designação e relações funcionais do supervisor
<b>Bloco V</b>	Evolução do sistema de supervisão

Figura 1 - Blocos temáticos da entrevista.

No início das entrevistas explicitou-se o seu objetivo, informando os participantes sobre a garantia da confidencialidade da informação, obtendo-se, ainda, a assinatura do termo de consentimento livre e informado para a participação no estudo e autorização para a gravação áudio das entrevistas. A duração média das entrevistas foi de 32 min.

### 3 | OS PARTICIPANTES

As opções relativamente à amostragem radicaram na seleção de um cenário com alto potencial de riqueza de informação, numa amostra de conveniência, com intenção que todos os enfermeiros dos três CS fossem envolvidos na investigação, desde que fosse sua vontade (Polit et al., 2004), tendo também em consideração os critérios universais para a seleção de um “bom informante”, referidos por Morse (1998), pois o conhecimento da qualidade dos participantes permitiu-nos perceber que se constituíam como informantes privilegiados, catalisadores do potencial de maximização da informação que se pretendia recolher (Flick, 2005; Morse, 2007).

Participaram na investigação 42 enfermeiros: 18 do CS (VP) (43%); 8 do CS (RP) (19%); 16 do CS (CH) (38%).

Os 42 participantes eram maioritariamente do género feminino (85,8%; n= 36). Estes achados comprovam os dados estatísticos relativos a Portugal, em dezembro de 2016, em que dos 69 682 enfermeiros, 82,03% eram do género feminino (OE, 2016).

A idade dos participantes variou entre os 28 e os 59 anos, sendo a média de 44,19 e a moda 52, o que se distancia um pouco da realidade portuguesa em que o grupo etário dos 31-35 anos é o mais representativo (OE, 2018). O tempo de exercício profissional variou entre os seis e os 40 anos. Quanto à categoria profissional, as mais representativas eram, em igualdade, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista (42,86%; n= 18), salientando-se que estes últimos estão acima daquilo que é a realidade nacional, apenas 22,52% dos enfermeiros são especialistas (OE, 2016).

#### 41 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

À medida que se realizavam as entrevistas foi-se procedendo à sua transcrição na íntegra para documento word®. Foram criadas três pastas diferentes onde foram arquivadas, organizadas por CS.

Para a organização e análise, usou-se o programa Nvivo10®, onde se foram introduzindo “as fontes”, ou seja, os ficheiros em formato word® com as entrevistas, um a um, com o respetivo código que lhe fora atribuído. O procedimento de codificação consistiu na atribuição de um código a cada uma das entrevistas dos 42 participantes: iniciou-se pela letra “E” (de entrevista), à qual se associou o número de ordem da entrevista por CS, seguido das iniciais do CS onde trabalha o participante (RP, CH, VP), dando-se como exemplo (ExRP – entrevista nº x, centro de saúde RP).

O NVivo® para ambiente *windows*, é um *software* que suporta métodos de pesquisa qualitativos e mistos, que ajuda a organizar e analisar facilmente as informações não estruturadas, no sentido de ajudar na tomada de decisão. O recurso a este *software* permitiu trabalhar de forma sistemática e não perder dados, apurar as informações e descobrir conexões subtis, que seriam difíceis de obter manualmente, gerir todo o material num arquivo de projeto, compartilhar facilmente o trabalho com outros e na geração de relatórios, sendo que alguns destes aspetos são referidos por Weitzman (2000) e Flick (2005) como maneiras de utilizar a informática na investigação qualitativa.

A análise dos dados foi realizada com base nos princípios do método da “*grounded theory*”. Tal como é próprio deste método, não foram definidas categorias à *priori*, sendo a análise orientada pela exploração das informações relevantes, permitindo-nos confrontar constantemente os dados com a sua importância, enquanto contributo para a concretização dos objetivos (Strauss & Corbin, 1998).

O processo de análise integrou: i) microanálise, “análise detalhada... para gerar categorias iniciais e para sugerir relações entre as categorias”; ii) codificação aberta, “processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e as suas subcategorias e dimensões são descobertas

nos dados”; iii) codificação axial, “o processo de relacionar categorias às subcategorias, (...) ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível da subcategoria e dimensões” (Strauss & Corbin, 2008, pp. 65,103,123), procurando subcategorias e dimensões das categorias encontradas (Burns & Grove, 2004).

No processo de codificação, ainda que de acordo com os princípios da *grounded theory* correspondam a uma tentativa de ir operando a níveis de conceptualização progressivamente crescentes, em relação aos que foram gerados pelas primeiras codificações, teve-se em consideração que as categorias devem manter o seu carácter emergente em relação aos dados.

## 5 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Procedeu-se ao pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte e à Direção do ACeS, entidades responsáveis pelo contexto onde decorreu o estudo, tendo sido obtidos os pareceres positivos para a realização do mesmo (Parecer 56I2010).

Antes de se dar início às entrevistas forneceu-se aos participantes informação verbal e escrita sobre o estudo, sendo clarificado que a participação não tinha qualquer tipo de incentivo, recompensa ou punição, podendo em qualquer momento abandonar o estudo, sem que daí resultasse qualquer prejuízo (Bogdan & Biklen, 1994; Polit, Beck, & Hungler, 2004; Fortin, 2009). Os participantes assinaram um termo de consentimento informado para a realização da entrevista e gravação da mesma em suporte áudio.

Foi garantida a confidencialidade dos dados obtidos. Dada a natureza do estudo, é impossível que o investigador desconheça a proveniência dos dados de natureza qualitativa, contudo, no sentido de assegurar o anonimato dos mesmos, foi criado um sistema de codificação dos participantes, em que apenas o investigador principal conhece a relação entre os dados e o participante.

Os ficheiros áudio das entrevistas foram destruídos após ter-se concluído o relatório da investigação.

# REPRESENTAÇÕES SOBRE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Neste capítulo apresentam-se e interpretam-se os resultados relativos ao domínio «representações sobre SCE», nomeadamente no que respeita às conceções, percepções e apreciações dos participantes que emergiram neste âmbito.

A apresentação e discussão dos resultados foi feita em simultâneo, organizando-se o discurso de modo a facilitar a sua compreensão, optando-se por apresentar os temas, as categorias, as subcategorias e dimensões que emergiram da análise.

Relativamente a este domínio, da análise do discurso produzido pelos participantes, emergiram os temas «Conceito de SCE», «SCE como processo» e «Importância da SCE» (Figura 2).

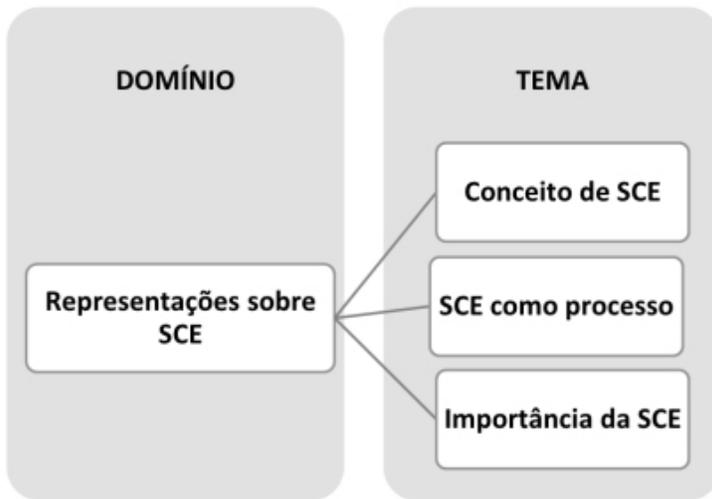


Figura 2 - Representações sobre SCE: temas resultantes.

## 1 | O CONCEITO “SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM”

O primeiro tema remete para as representações dos participantes sobre a SCE «Conceito de SCE», que emerge da agregação de três categorias, em torno das quais se agregam subcategorias e dimensões.

A categoria «Conhecimento sobre SCE» emerge das subcategorias «Tradição de SCE» e «Formação em SC». A categoria «Significado da SCE», emerge das subcategorias «Observar», «Vigiar», «Avaliar», «Ajudar» «Tirar Dúvidas», «Feedback negativo» e «Subordinação»; emergem desta categoria as dimensões, «Significado positivo sobre SCE» e «Significado negativo sobre SCE». Identificou-se, ainda, a categoria «Alteração do termo supervisão», que remete para a alteração do conceito de «Supervisão clínica em enfermagem» (Figura 3).

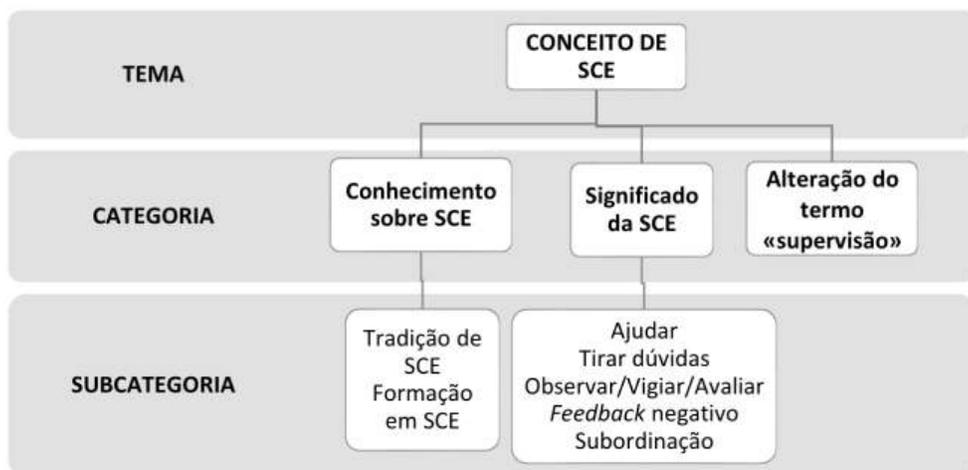


Figura 3 -O conceito de SCE: categorias e subcategorias.

### 1.1 Conhecimento sobre “Supervisão Clínica em Enfermagem”

Da análise do discurso dos participantes ficaram evidentes as dúvidas e o conhecimento vago sobre a SCE, donde emergiu a categoria «Conhecimento sobre SCE», resultante da agregação das subcategorias «Tradição de SCE» e «Formação em SCE»:

Eu não sei muito bem o que é a SC. E11CH; Do que é SC, tenho uma vaga ideia (...). Possivelmente até será benéfica, mas ainda não entendo bem o que é a SC. E8CH.

O discurso mostra que os participantes apresentavam dúvidas e conhecimento vago sobre a SCE, dados que corroboram o estudo de Tavares (2013) que revelou que alguns enfermeiros demonstravam um

total desconhecimento sobre a SCE, conhecendo apenas a supervisão de estudantes. Outros, embora já conhecessem alguns aspetos inerentes ao conceito, ainda apresentavam confusão, dúvidas, incertezas que a autora supracitada atribui ao facto de ser um conceito relativamente recente na enfermagem, identificando necessidade de formação dos enfermeiros nesta área.

Alguns estudos realizados em contextos com tradição de práticas em SC, também têm revelado alguma complexidade e confusão sobre a mesma (Dilworth, Higgins, Parker, Kelly, & Turner, 2013; Martin, Kumar, & Lizarondo, 2017).

Verificámos que alguns dos participantes entendiam que desempenhavam algumas atividades de supervisão, no entanto não as denominavam como tal:

Nós, às vezes, supervisionamo-nos uns aos outros, mas não chamamos isso supervisionar. E1VP.

Os estudos de Dilworth et al. (2013) e Martin et al. (2017) apontam que quando diferentes termos são usados para denotar um conceito, ou quando os termos são usados de forma intercambiável, a confusão surge sobre o próprio conceito.

Outro participante referiu desempenhar algumas atividades, que embora fossem próprias da supervisão, não as conseguia identificar como tal:

Não, tenho responsabilidade na SCE de colegas, (...). Na integração de colegas já participei várias vezes, mas na supervisão não. E3RP.

Neste sentido, um dos participantes referiu que não sabendo o que era a SCE, os enfermeiros não conseguiam identificar as atividades que lhe são próprias, ou seja, não conseguiam estabelecer uma relação entre o conhecimento e a prática supervisiva.

Uma pessoa, não tendo aquela noção básica do que é SCE, também não pode associar determinadas coisas que se fazem nesse sentido. E2CH.

As práticas de supervisão não são recentes, comprovando a ideia que há “tradição” em supervisão em diferentes áreas da atividade humana.

Sendo originalmente desenvolvidas no contexto do trabalho social, dos cuidados de saúde mental e psicoterapias tradicionais, a partir dos anos noventa, do século passado, tem vindo a ser implementada na área da enfermagem, o que muito se deve a políticas de suporte profissional instituídas após acontecimentos trágicos envolvendo más práticas profissionais, como aconteceu no Reino Unido com o caso Beverly Allitt e mais recentemente outros casos na Austrália (DoH, 2000; Yegdich, 2001; White & Winstanley, 2006; Abreu, 2007).

O caso de Allitt originou a morte e atentados à integridade de crianças internadas numa unidade pediátrica, por parte de uma enfermeira, horrorizou a sociedade, que se mobilizou exigindo a definição de políticas que fomentassem o apoio e acompanhamento sistemático dos profissionais de saúde, no sentido de que acontecimentos desta natureza não se repetissem. Em 1993, o *Department of Health*, publicou o documento “*Vision for the Future*”, o qual incluía um conjunto de políticas que tinham como pressuposto a implementação de processos de SCE, que era entendida como:

É fundamental para o processo de aprendizagem e para o desenvolvimento da prática e deve ser vista como o meio para incentivar autoavaliação e competências analíticas e reflexivas (DoH, 1993, p. 15).

A SCE passa, assim, a ser considerada fundamental e imprescindível no sentido de promover práticas de qualidade e a segurança dos utentes. E a análise da evidência científica permite-nos dizer que a SCE entrou decisivamente no vocabulário e nas práticas de contextos de saúde de países anglo-saxónicos como Reino Unido, Estados Unidos da América, Austrália, Nova Zelândia e outros.

A partir do novo milénio em Portugal tem-se vindo a investir na abordagem da problemática da SCE, contudo, esta ainda está muito circunscrita ao domínio discursivo, sem implementação formal na prática, não obstante na última década ter vindo a ser considerada um elemento estratégico das políticas qualidade definidas pela OE.

Esta é uma realidade transversal a outros países, pois como referem dois dos grandes investigadores na área, White e Winstanley

(2006), considera-se que, apesar das políticas favoráveis por parte dos sistemas de saúde e dos esforços desenvolvidos nos espaços de ação, a SCE continua pouco desenvolvida.

De certa forma, verifica-se que a discussão em torno desta problemática é relativamente recente, desenvolvendo-se a ritmos diferentes nos diferentes países, sendo que, em Portugal, o debate emergiu mais aprofundadamente no início do séc. XXI, fruto de iniciativas de certificação da qualidade, do trabalho desenvolvido pela OE e de desenvolvimentos académicos, não se tendo ainda passado para a sua adoção/implementação de forma sistemática nos contextos da prática (Pires, 2004; Abreu, 2007; OE, 2010).

Acredita-se que estes são alguns dos aspetos que podem justificar o referido pelos participantes sobre a necessidade de clarificação do conceito de SCE. Para alguns, o primeiro contacto com o debate sobre a problemática ocorreu no decurso desta investigação, o que pode ter a ver com o facto de ainda não termos implementado no nosso país programas efetivos de SCE, principalmente no que diz respeito aos Cuidados de Saúde Primários, daí que os enfermeiros ainda não se tivessem envolvido em profundidade nesta reflexão:

Eu sobre supervisão clínica não sei nada! Só o que li da Ordem! Mas é um tema que até gostávamos de trabalhar. Nunca trabalhámos este tema porque temos sempre muitas coisas para trabalhar, para implementar. Aqui nos centros de saúde tentamos inovar (...) temos sempre muitas coisas para trabalhar e para implementar. Agora temos outros temas também importantes,... e nós temos que selecionar as formações. Vamos assistir às formações conforme a nossa necessidade! E7CH.

No entanto, num momento em que se discute a implementação da SCE nos nossos serviços de saúde, é importante que os profissionais e organizações tenham em conta a importância de diligenciar o contacto com conhecimento produzido na área, e, fundamentalmente, esclarecerem bem o que é, e em que consiste, impedindo que se construam ideias erróneas que resultem em barreiras à SCE, tal como referem Cheater e Hale (2001), sobre a existência de preconceitos e equívocos sobre SCE.

Identificou-se «Tradição de SCE» como uma das subcategorias

que se agrega na categoria «Conhecimento sobre SCE». A convivência, familiaridade com práticas efetivas de SCE podem constituir um contributo para a construção do conhecimento nesta área. No entanto, como ficou evidente no discurso dos participantes, estes não tiveram contacto com práticas sistematizadas de supervisão, o que não lhes permitia conhecer, compartilhar, transmitir ou divulgar tal saber; quando as explicações lhe pareciam insuficientes:

Eu, sobre SCE nunca ouvi falar, a não ser a colega [investigador]! A colega foi a primeira pessoa a quem ouvi falar de SCE. E8CH.

Vocês explicaram sobre isto da SCE, eu já li (...), mas ainda não percebi muito bem como é que isso da SCE funciona! Como é que isso funciona! Mas estou curiosa! não percebo bem, mas vamos ver! Nós não sabemos realmente o que é a SCE, não temos nenhuma experiência sobre isso, nunca vimos, não sabemos como funciona. O maior problema é não saber como funciona! Nós até lemos, mas não é a mesma coisa de ter a experiência de fazer ou até de ouvir alguém que faz isto na prática do seu dia-a-dia. E15CH.

**Acredita-se realmente que, em grande parte, as dificuldades de conhecimento em torno da SCE, estão inerentes à falta de convivência, de experiências práticas nesta área sendo que, para alguns enfermeiros, o primeiro contacto com a discussão sobre a temática ocorreu no decurso desta investigação.**

Também no estudo de Pires (2004), realizado em contexto hospitalar, uma das dificuldades socio-clínicas referida pelos enfermeiros foi a pouca familiaridade com a SCE, o que também foi corroborado pelo estudo de Tavares (2013) que atribui a confusão, dúvidas e incertezas em torno da SCE ao facto de ser um conceito relativamente recente na enfermagem.

Quanto à subcategoria «Formação em SCE», ficou evidente no discurso dos participantes que a formação sobre a temática ajudou à compreensão da mesma:

A ideia que tinha de SCE (...) estava relacionada à orientação de alunos. Agora percebo que SCE também tem relação à clínica, tem a ver com a nossa prática (...) E14VP; A minha ideia inicial sobre SCE era aquilo que diz a palavra "supervisão", a palavra supervisão seria supervisionar alguém, mas com um sentido mais negativo. Mas não é! Daquilo que percebi, com a formação, fiquei com a ideia que a SCE é uma questão de orientação, de termos alguém que nos oriente ao nível do serviço, dos cuidados, termos alguém em que caso tenhamos dúvidas sobre a prática nos possa esclarecer, orientar e ajudar. E9VP.

Tavares (2013) refere que a falta de conhecimento em torno da SCE suscita, por parte dos enfermeiros, a necessidade emergente de formação, nesta área, que lhes permita compreender os contributos da mesma para a excelência da profissão, o que é comprovado por Reis Santos, Pires e Sardo (2011), referindo que o investimento na formação em SCE é imprescindível, no sentido de assegurar um caminho sólido na qualidade da formação e do exercício profissional.

A ação educativa é uma forma de “ação social”, entendida por Weber (cit. por Arroteia, 2008, p. 17) como “um comportamento humano (...), uma atitude interior ou exterior, voltada para a ação ou para a abstenção”, relacionada também com o comportamento de outras pessoas; um tipo de ação entendida como uma tarefa dinâmica de desenvolvimento das potencialidades sociais. No domínio da formação profissional dos enfermeiros, a ação educativa remete para diferentes tipos de iniciativas, incluindo as de natureza formativa, as quais podem ser conduzidas por diferentes entidades, inclusivamente pelo poder central, no âmbito do ministério da tutela e serviços centrais dependentes, tomando por exemplo as administrações regionais de saúde, ou pelas próprias organizações de saúde, no sentido da melhoria dos serviços e de responder aos desafios do desempenho organizacional, através do desenvolvimento das competências dos colaboradores, da sua motivação e o seu envolvimento na gestão da mudança.

A realização da formação em SCE, nos CS em estudo, partiu da identificação de oportunidades de desenvolvimento nesta área, mas também se constituiu como pretexto para o início da relação entre o investigador e o contexto, onde se procurou que os participantes tivessem um papel de parceiros, no sentido da sua participação e envolvimento no planeamento da mudança, da construção do programa de SCE. Acreditamos que cada um dos enfermeiros participantes do estudo, enquanto seres ativos realizam-se através de tarefas que, alterando o ambiente, modificam-se a eles próprios (Arroteia, 2008).

Procuramos através desta ação formativa, implementar mediações que ajudassem a dar sentido às experiências dos participantes, incitando a um processo reflexivo com o qual procurassem nas suas experiências

de trabalho pontos de toque com a SCE “...para que a experiência se converta em saber, [fazendo] do exercício de trabalho objeto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão diretamente implicados” (Canário, 1994, p. 27). Neste sentido, percebemos que, através deste processo ora formativo, ora reflexivo, os participantes foram construindo conhecimento que lhes permitiu um melhor entendimento e vinculação ao “fenómeno” (D’Espiney, 1997).

## 1.2 Significado atribuído a Supervisão Clínica em Enfermagem

A categoria «Significado da SCE» emergiu da agregação de sete subcategorias que estão intimamente relacionadas com o significado que os participantes atribuíram à SCE. Estas subcategorias aportam nas dimensões «Significado positivo da SCE» e no «Significado negativo da SCE» conferindo um duplo dimensionamento a esta categoria (Figura 4).

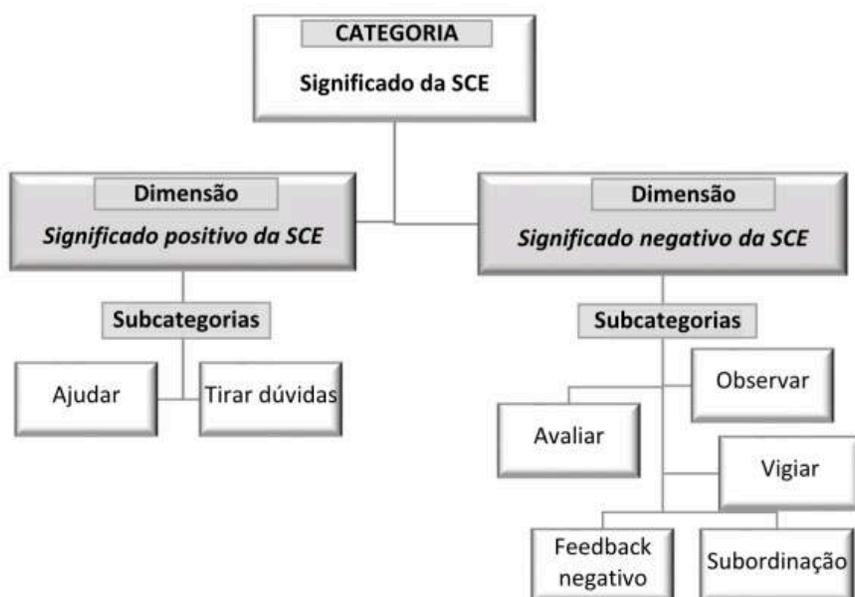


Figura 4 - Significado da SCE: dimensões e subcategorias.

No discurso dos participantes identificou-se uma dimensão positiva da SCE «Significado positivo da SCE», que fica evidente nas subcategorias: «Ajudar» e «Tirar dúvidas». As percepções positivas

expressas pelos enfermeiros estão associadas à facilitação da aquisição de conhecimento e à ajuda profissional:

Vejo a supervisão uma coisa positiva para o nosso desenvolvimento profissional. 14VP; Para mim a supervisão só tem aspetos positivos. E16VP; SCE pode ajudar a ser natural discutir sobre os cuidados, sem se julgar a pessoa por não ter conhecimentos. Ter uma pessoa à retaguarda que está sempre disponível para nos tirar dúvidas sem julgar, como sendo uma coisa normal para o nosso crescimento profissional. (...) Sim, a SCE não é para penalizar, para julgar, se não temos conhecimentos. Nesse aspeto, porque como estamos a tirar dúvidas com o supervisor não é avaliação, senão ia haver aí uma disputa e era mau para a equipa. E3VP; (...) a supervisão consiste então na ajuda à orientação do trabalho dos profissionais. E5RP.

São vários os estudos que têm vindo a apontar para os aspetos positivos da SCE. A sua notoriedade aumentou a partir de 1990, passando a ser considerada como um dos métodos de apoio ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros em que o supervisor proporciona um relacionamento supervisivo onde o supervisionado tem oportunidade de refletir, analisar criticamente e avaliar a sua prática cotidiana, o que, por sua vez, facilita o seu desenvolvimento profissional (White et al., 1998; Hyrkäs, Lehti, & Paunonen-Ilmonen, 2001; Hyrkäs & Shoemaker, 2007; White & Winstanley, 2010).

Num dos maiores estudos realizados, Butterworth (1997) verificaram uma resposta extremamente positiva dos enfermeiros relativamente à SCE, referenciando-a como uma oportunidade estruturada para falar de forma significativa e refletir conjuntamente com um colega de confiança - o supervisor - sobre as suas práticas e circunstâncias de trabalho.

No que respeita ao «Significado negativo da SCE», este é evidenciado nas subcategorias: «Observar», «Vigiar», «Avaliar», «Feedback negativo» e «Subordinação».

As perceções negativas sobre a SCE são evidenciadas pelo discurso dos enfermeiros:

A SCE é entendida como uma coisa negativa. E2RP; Não sei, se calhar entendemos mais por andarem ali a controlar ou à nossa sombra, mas no sentido negativo. E4RP; A minha ideia inicial sobre SCE era aquilo que diz a palavra "supervisão", (...) seria supervisionar alguém, mas com um sentido mais negativo. E9VP; Custa um bocadinho, as pessoas associam muito a conotação negativa (...) na realidade vão estar sempre com a conotação negativa da palavra "supervisão". E5RP.

Em 2003 e 2004, no decurso de um estudo sobre a SCE realizado por Pires (2004), davam-se em Portugal os primeiros passos na produção científica nesta área, sobretudo em contextos académicos. Neste trajeto os investigadores confrontavam-se com algumas dificuldades nos seus percursos, muito por via da conotação negativa associada ao próprio termo “supervisão clínica em enfermagem”. Por um lado, “supervisão clínica” suscita dúvidas e “ruídos” devido ao termo “supervisão”, em Portugal, ser associado a uma categoria profissional de topo da carreira de enfermagem: “enfermeiro supervisor”, com responsabilidades na área da gestão.

Garrido, Simões e Pires (2008) também afirmam que

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

No entanto, volvida mais de uma década sobre o início do debate sobre a SCE, nos estudos de Tavares (2013) e Vieira (2014), ainda fica patente a conotação negativa que os enfermeiros, em Portugal, lhe atribuem.

Neste sentido, as representações sobre o conceito “supervisão”<sup>1</sup> (de super+visão) encerravam as definições disponibilizadas pelo dicionário da Porto Editora (2015), remetendo para o “ato ou efeito de supervisionar, coordenar ou inspecionar”, apesar de, como refere Sá-Chaves (2000), estarmos perante uma definição que envolve um conjunto de hipóteses que não são equivalentes, pois correspondem a processos cognitivos e procedimentos muito distintos, dada a diferenciação de objetivos e funções que lhe estão associados.

Relativamente ao ato de supervisionar, com frequência acentuam-se os pressupostos de direção, orientação, coordenação ou inspeção,

---

1. Supervisão -1. Ato ou efeito de supervisionar, coordenar ou inspecionar. 2. Função de supervisor (Porto Editora, 2015).

em que o elemento de formação de palavras “super” aponta para que tais ações sejam realizadas a partir de uma posição superior.

De facto, os participantes percecionaram que a SCE encerra atividades de “observar” e de “vigiar” o trabalho do supervisionado, o que nem sempre era visto como um aspeto positivo, tal como se pode constatar no discurso:

Para mim SCE é tudo o que envolve a vigilância. E15CH; (...) é uma vigilância, uma observação mais próxima do trabalho dos enfermeiros; (...). E13VP; (...) reflete um bocado que é estar de “olho” em alguém. E1RP; Supervisão enquanto visionar aquilo que alguém está a fazer no sentido de inspeção. E5RP; Fico de pé atrás! Uma pessoa sentir-se constantemente observada, ou saber que a qualquer momento há ali alguém a observar-me mexe comigo! (...) ainda me mete um bocadinho de confusão pensar nisso assim, em estar uma pessoa com a responsabilidade de me observar. (...). E4CH.

São muitos os autores que consideram que apesar dos vários propósitos válidos e positivos da SCE, continuam a prevalecer significados negativos acerca da mesma (Koivu, Saarinen, & Hyrkäs, 2011). Cross, Moore e Ockerby (2010) vão mais longe, afirmando que existe um certo ceticismo e desconfiança por parte de alguns enfermeiros quanto à intenção da SCE, o que pode resultar em comportamentos de resistência para com a SCE. Os mesmos autores referem ainda que este facto pode estar ligado com a utilização comum da palavra “supervisão” com o significado de observar, inspecionar e controlar, o que se torna algo intimidatório, tal como verificaram Pires (2004) e Tavares (2013), em estudos realizados no nosso país.

No entanto, não podemos deixar de referir que, efetivamente, a SC envolve observação e vigilância, pois como refere Holloway (1995) supervisionar é “vigiar”, ver o trabalho do outro com olhos de clínico experiente, “professor” sensível, profissional distintivo, com base no qual o supervisor mobiliza as estratégias adequadas para proporcionar ao profissional oportunidades e condições de aprendizagem e desenvolvimento do processo de cuidar, articulado e modelado pelo supervisor, com base numa relação supervisiva assente no apoio ao supervisionado.

Contudo, face à produção do discurso, verifica-se que este aspeto

ainda envolve percepções pouco esclarecidas relativamente ao objetivo e papel da observação/vigilância no contexto da SCE, o que se deve à falta de informação sobre os objetivos da SCE, mas também a influências, inclusivamente, culturais, conducentes a percepções mais ou menos positivas acerca do conceito “vigiar” e que necessitam de ser objeto de clarificação nos respetivos contextos.

Na sequência do exposto parece-nos compreensível que tenham emergido da análise as subcategorias «Avaliar» e «Feedback negativo», pois como se pode verificar no discurso dos participantes, é evidente a associação que faziam da SCE à avaliação e ao *feedback* negativo fornecido pelo supervisor.

O supervisor tem que fazer uma avaliação do supervisionado. (...) no sentido de o orientar. E13CH; (...) pode a pessoa não estar a executar as práticas da melhor forma, e temos a tal supervisão, a observação (...) A pessoa [supervisor] vai estar atenta a ver se ele [supervisionado] faz as técnicas corretamente, se tem aqueles cuidados todos para, também, depois podê-lo avaliar. E1RP; Existem entrevistas para quando se vir que o elemento não está a ter boas práticas poder discutir (...) há coisas que falham, por isso é que existe a supervisão! É importante porque o ser humano tem falhas! E há que culminar essas lacunas. E1CH; [SCE] é uma pessoa sentir-se constantemente avaliada (...) avaliar constantemente (...). E4CH; (...). No fundo supervisão é isso, supervisionar é avaliar, ver o que eles fazem, se está bem, se está mal, o que se pode melhorar, o que se pode alterar, se tem resultados se não tem. E8CH.

Do estudo realizado por Milne (2007, p. 439), emergiu uma definição de SC que aponta para estes aspetos, ou seja, a SC é entendida pelos autores como a provisão formal, por parte dos supervisores aprovados, de uma relação baseada na educação e treino dos supervisionados, relação esta que é gerida com enfoque no apoio, desenvolvimento e avaliação do trabalho do(s) colega(s), o que o autor denomina por “precisão”.

Dixon (2004) e Gallon (2005), referindo-se à variedade de definições no âmbito da SC, justificando que as diferenças entre elas refletem os aspetos da disciplina em que é desenvolvida, e respetivo foco do autor, salientam que as definições de Bernard e Goodyear (1998) e de Powell e Brodsky (2004) têm vindo a ser amplamente aceites na área do aconselhamento:

A supervisão é uma intervenção fornecida por um membro sênior de uma profissão a um membro ou membros juniores dessa mesma profissão. Esta relação é avaliativa, estende-se ao longo do tempo e tem os propósitos simultâneos de aprimorar o funcionamento profissional do (s) membro (s) júnior, monitorizando a qualidade dos serviços profissionais oferecidos aos clientes ... e servindo como um “*gatekeeper*” daqueles que vão entrar na profissão (Bernard & Goodyear, 2014, p. 46).

A supervisão clínica é um processo disciplinado e tutorial em que os princípios são transformados em competências práticas, com quatro focos sobrepostos: administrativo, avaliativo, clínico e de apoio. (Powell & Brodsky, 2004, cit. por Gallon, 2005, p. 1).

Verifica-se que nas definições destes autores fica evidente o enfoque da SCE numa componente avaliativa, a qual parece não representar um aspeto negativo, até porque se referem ao facto das definições serem “amplamente aceites”, sendo a SCE apontada como um processo disciplinado, que enfatiza o desenvolvimento e eficácia do supervisionado, através de mudanças positivas no seu conhecimento, atitudes e habilidades, em que este e o seu supervisor sabem que o segundo só irá intervir para melhorar o desempenho do primeiro, não sendo desnecessariamente crítico ou arbitrário (Gallon, 2005).

Holloway (1995), numa análise ao papel da avaliação no contexto da SC, referiu que cedo se percebeu que as funções de avaliação e educação deviam ser separadas, embora alguns teóricos reconhecessem que a avaliação era uma componente importante da função educativa/formativa da SC (Bernard & Goodyear, 1998).

Em 1972, Mueller e Kell (cit. por Holloway, 1995), referiram que o supervisor avalia continuamente o supervisionado, com uma função e papel formativos. Holloway (1995) acrescenta que os supervisores clínicos estão na melhor posição para avaliar o desempenho do supervisionado, pois têm conhecimento direto do seu desempenho e competências profissionais.

Numa definição muito lata de SC direcionada para a enfermagem, Kron (1983, p. 114) também integrava a o conceito de avaliação:

“...a supervisão é planeamento, direção, orientação, ensino, observação, estímulo, correção, elogio e avaliação, continuamente, a todos os trabalhadores, com paciência, tato e justiça, de modo que cada um possa fazer o seu trabalho e prestar assistência de enfermagem habilmente,

seguramente, corretamente e completamente, segundo as suas capacidades, tendo presentes as limitações do seu trabalho”.

No entanto, salienta-se que grande parte dos teóricos comunga da opinião de que a supervisão relacionada com competência e eficiência é essencialmente uma orientação da gestão, onde a aproximação com ênfase nos recursos, orientação de mercado e avaliação da qualidade dos cuidados, entra em conflito com a abordagem de desenvolvimento profissional (Kelly, Long, & McKenna, 2001). Northcott (2000) vai mais longe referindo que o uso de avaliação para controlar os enfermeiros era uma razão forte para o seu insucesso, pois é improvável obter êxito através do controlo deliberado ou dissimulado sob a forma de avaliação, contribuindo até para inibir o desenvolvimento profissional. A contradição fundamental dos dois propósitos, controlo e desenvolvimento, indicia que eles possam ser mutuamente exclusivos, pelo que, devem ser separados nas estratégias de administração de desempenho da organização.

Neste sentido, podemos afirmar que, na atualidade, a avaliação ainda é um dos assuntos mais críticos em torno da SC.

Milne (2007) refere que os principais métodos que os supervisores usam são o *feedback* corretivo sobre o desempenho/*performance* do supervisionado, o ensino e o estabelecimento de metas colaborativas, o que denomina de “especificação”, considerando que é na incorporação desta componente avaliativa que a SC difere de atividades relacionadas, como *mentoring* e *coaching*, o que denomina de “precisão de diferenciação”.

Embora se note nos discursos de alguns participantes apontamentos que relacionam o *feedback* negativo à avaliação que associam ao processo de supervisão, dois participantes que clarificaram um pouco mais este aspeto.

Se a gente vê uma prática menos eficaz, tenta dar uma opinião, mesmo negativa, penso que isso é que é supervisão. E15CH; Se o supervisor vê a fazer alguma coisa incorreta chama à atenção. E1VP.

De facto, estas problemáticas inerentes à supervisão têm sido sistematicamente debatidas na literatura. Inskipp e Proctor (2001) descrevem a supervisão como uma aliança de trabalho em que o

supervisor, entre outros aspetos, facilita *feedback* e orientação ao supervisionado, no sentido de este desenvolver as suas competências de forma apropriada, percebendo-se que este *feedback* pode envolver os aspetos mais positivos ou negativos, inerentes às práticas do supervisionado, o que é corroborado por Milne (2007), quando refere que os principais métodos que os supervisores usam é o *feedback* corretivo.

Cheater e Hale (2001), num estudo que realizaram concluíram que os enfermeiros participantes consideravam existir preconceitos e equívocos relativamente à SCE, mencionando que esta seria apenas aplicada em casos de baixa performance como forma de inspeção e retaliação. Os autores consideraram a necessidade de esclarecer bem o conceito de SCE junto dos enfermeiros, assim como de promover a afirmação desta como relevante para a prática de enfermagem, na tentativa de que ideias e significados erróneos não resultem em barreiras à SCE.

Se os aspetos acima refletidos envolvem aspetos algo negativos que os participantes imputam à supervisão, os quais estão associados ao próprio termo, também com uma conotação de natureza negativa emerge a ideia «Subordinação» aplicada à supervisão clínica, como se verifica no discurso:

Portanto será alguém que vai estar atento a um enfermeiro que está hierarquicamente sobre a influência dessa pessoa (...). E1RP; Eu considero que a supervisão também parte do papel de chefe! Por isso é que se calhar recorro a ela nesse aspeto. (...). É uma parte das funções de chefe. E6RP; A palavra supervisor é uma palavra que está conotada com chefias, com muita autoridade. (...) A supervisão tem que ser feita de cima para baixo, nunca ao mesmo nível. E8VP.

Conforme a declaração de princípios do *United Kingdom Central Council* (1996), a SC não poderia ter carácter de subordinação hierárquica, e não deveria ser confundida com controlo administrativo ou avaliação de desempenho, consistindo num processo distinto da supervisão administrativa, apoiando-se numa visão diferente. A SC era entendida uma forma de apoio clínico e profissional, em que o supervisor clínico deveria ser indicado por quem necessitava ser apoiado nas suas práticas, não devendo ser designado diretamente pela organização.

Neste âmbito, considera-se pertinente refletir sobre a definição de

“supervisor”, tomando por referência Sá-Chaves (2000), para quem o conceito não remete apenas para aquele que supervisiona, mas, também, aquele que orienta e aconselha.

Apesar da dispersão semântica nos apontar para perspectivas de supervisão que vão das intenções mais rígidas de inspeção e direção, às mais flexíveis e facilitadoras de orientação e aconselhamento, verifica-se que a própria dispersão semântica conduz a diferentes percepções e práticas de supervisão, das mais inspetivas às orientadoras, prevalecendo, sob o nosso ponto de vista, enraizadas na nossa cultura, práticas de supervisão mais próximas do polo inspetivo, até pelas percepções dos participantes, o que justifica a conotação negativa que atribuem ao conceito.

Apesar de Alarcão e Tavares (1987) também apontarem para que as representações associadas à supervisão encerrem relações de independente-subordinado, professor-aluno, avaliador-avaliado, experiente-inexperiente ou fiscal-fiscalizado, os autores entendem que estas devem ceder lugar a uma representação que ponha em relevo.

“...características, comportamentos e atitudes de entreajuda entre colegas, num processo em que se procuram atingir os mesmos objetivos, ainda que em planos diferentes: o seu desenvolvimento humano e profissional como um fator importante de competência para poder intervir de um modo mais eficiente na formação” (p. 69).

Na realidade, não obstante nos países anglo saxónicos a tónica do debate sobre a SCE estar centrado na prática, no suporte emocional, formação e desenvolvimento profissional, nos EUA, este conceito encontra-se mais estritamente definido, visto que se refere a um relacionamento entre um superior e o supervisionado, não sendo propriamente uma relação de igualdade, nem necessariamente um indicativo de relacionamento entre pares ou colegas, mas sim, de responsabilidade sobre a *performance* do supervisionado (Cutcliffe & Lowe, 2005).

A relação entre a SCE e a supervisão enquanto processo com dependências hierárquicas e administrativas, também foi discutida por Cottrell (2001) e Darley (2001), defendendo ambos que existem, a nível

conceptual e empírico, interconexões entre ambas, embora não sejam processos isomórficos. No Reino Unido, o *National Health Service* [NHS], em alguns documentos relativos às políticas e *guidelines* de SCE continua a destacar a importância de distinguir este de outros processos, principalmente quando envolvem as relações hierárquicas e avaliação, tomando por exemplo o do *Birkenhead and Wallasey, Primary Care Trust* (Freeman, 2005-2006).

Por sua vez, o termo “clínico” também levantava algumas questões, na medida em que estava enraizada a compreensão de que este estava associado às práticas de outros profissionais de saúde, como é o caso dos médicos (Pires, 2004). Bond e Holland (1998) referiram que o termo “clínico” criava alguns incômodos, pois nem sempre era entendido como área de intervenção de todos os profissionais de saúde, não sendo muito própria dos enfermeiros, sendo um tema desconfortável para muitos profissionais de saúde, na medida em que podiam acreditar que ele fosse incorporado num modelo de abordagem médica, podendo obscurecer uma visão mais crítica das complexidades e contexto mais amplo da prática, bem como a competência mais ampla e mais importante do desenvolvimento pessoal e profissional (Bond & Holland, 2010).

Atualmente, apesar de ser nosso entendimento que ainda possam persistir algumas destas perspetivas, julga-se que se conseguiu a clarificação do conceito, quer por via da produção científica na área, quer por via da discussão promovida, também pela OE, o que facilitou, em Portugal, um entendimento mais positivo sobre o conceito. Contudo, percebe-se, pelo discurso dos participantes, que ainda persistem ideias/significados negativos sobre o conceito, muito por via dos contornos pouco claros em torno do processo, que, muitas vezes, por não ser experienciado, encerra receios, ideias erróneas e percepções negativas.

Lançando um outro olhar sobre a questão, apesar das evidências apontarem para a maioria das perspetivas sobre SCE ser favorável, há, no entanto, estudos que têm vindo a apontar para resistências à sua implementação e conotações negativas sobre a mesma.

Neste âmbito, Bond e Holand (1998) e Bishop (1998) começaram

por assinalar que a existência de um grande número de definições e conceitos de SCE, embora nenhuma amplamente aceite, contribuía para um grau de flexibilidade que servia para diluir a essência da supervisão clínica e para confundir, ainda mais, a nossa e outras profissões e os utentes em geral, o que concorre, em si mesmo, para a confusão e conotação negativas que lhe estão associadas. Hawkins e Shohet (1996) já tinham referido certos perigos e armadilhas que a supervisão encerrava, entre os quais salientavam a manifestação da superioridade por parte do supervisor, a intensificação da impotência do supervisionado e a competição.

### 1.3 Alteração do termo «Supervisão»

White e colaboradores (1998) apesar de constatarem uma perceção global positiva para a SCE, identificavam relatos de algumas dificuldades na sua implementação, inclusivamente pela adequação e credibilidade “duvidosas” dos supervisores. Por sua vez, Sloan (2006) vem reforçar a ideia de Pllat-Koch (1986) de que, para muitos enfermeiros, a SCE tem conotações negativas associadas a controle e direção, sendo, portanto, importante que as diferenças e complementaridade entre SCE e avaliação de desempenho sejam identificadas e clarificadas.

Apesar da fase incipiente da discussão da problemática no contexto em estudo, alguns dos participantes manifestaram algumas destas conceções, sugerindo até, a substituição do termo “supervisão” por um termo menos sugestivo de direção, o que justificou a identificação da categoria «Alteração do termo supervisão».

Acho que o termo que deveríamos utilizar deveria ser orientação clínica em enfermagem, porque acho que em termos do que significa na raíz da palavra, orientar seria mais aquilo que vem ao encontro do que nos explicou que é a supervisão clínica em enfermagem. (...). Mas, gostaria mais do nome orientação clínica em enfermagem, acho que seria mais adequado. (...). Acho que o “supervisar” dá uma conotação negativa ao conceito e àquilo que seria a atividade. E5RP; A palavra supervisor é uma palavra que está conotada com chefias, com muita autoridade. Se calhar, se lhe chamassem uma comissão qualquer, outro nome qualquer, era melhor. Se calhar é a palavra “supervisor” que ainda está muito conotada com as chefias, com autoridade. E8VP.

No estudo de Cross, Moore e Ockerby (2010), os participantes advogaram ser preferível dar à SCE um nome mais ligado ao suporte à

atividade clínica e reflexão.

White e Winstanley (2006) referem que na Austrália, o processo de implementação de SCE estava condicionado devido a permanecerem algumas desconfianças sobre o processo de supervisão, que poderia ser confundido com a supervisão realizada pela gestão. Por sua vez, Abreu (2007) refere que, na área da saúde, o termo “supervisão” tem sido considerado, por vezes, vago ou demasiado abrangente, podendo reportar-se a situações completamente distintas, tendo-se, por exemplo, a supervisão de gestão, os processos de supervisão/orientação nas práticas de psicoterapia e a supervisão clínica em enfermagem.

Na realidade, a supervisão pode ocorrer em diferentes âmbitos e formatos, incluindo supervisão clínica, de gestão e *counselling* (aconselhamento). A supervisão clínica permite um enfoque em competências profissionais e aumenta o potencial de prestação de cuidados aos clientes. A supervisão de gestão foca-se na responsabilidade e monitorização do trabalho desenvolvido pela organização, enfatizando a conformidade com os aspetos administrativos e processuais do trabalho, usando formatos corretos para a documentação, e em conformidade com as políticas organizacionais. O aconselhamento está relacionado com a aquisição de habilidades e competências específicas no processo acompanhamento/supervisão profissional-cliente (Jones, 1999; Dixon, 2004; Gallon, 2005).

A SC implica uma estrutura e processos que devem revestir-se dos princípios da prática reflexiva, para promover, nos supervisionados, capacidades crítico-reflexivas. Na gestão, os supervisores têm a tarefa de dirigir e avaliar o trabalho dos profissionais numa organização, sendo as suas funções claramente definidas, as quais podem incluir recrutamento, delegação e monitorização do trabalho, intervindo como um agente de mudança dentro da organização, não sendo esperado que mantenha relações contínuas com colaboração em assistência clínica, social ou formação (Dixon, 2004). No aconselhamento, é dada ênfase às alterações dos comportamentos e desenvolvimento de capacidades do cliente, sendo o foco da supervisão a mudança de comportamentos e a aquisição de competências, ou seja, na supervisão em contexto

profissional/formação, a ênfase da supervisão é centrada em ajudar a aprender, em como usar as capacidades e atributos (Dixon, 2004).

Acreditamos que algumas destas dificuldades e concepções, surgem principalmente da incipiência da implementação e experimentação das práticas de SCE, logo do seu ocultamento, pelo que nos parece prudente avocar a opinião de Butterworth e Faugier (1992), quando alertaram para a dificuldade de definir supervisão clínica quando o conhecimento neste domínio, à data, estava ainda num período precoce de desenvolvimento, em países como o Reino Unido. O discurso de um dos participantes ilustra bem um dos fundamentos do significado negativo atribuído à SCE.

É muito limitador da autonomia dos enfermeiros [a SC]. A palavra, só o termo [supervisão clínica], porque as pessoas depois vão interpretá-lo à letra...O supervisor clínico aqui sou eu, quem controla sou eu, quem manda sou eu e faz-se como eu quero, e acho que vai-nos limitar um bocado, só por isso. E8VP.

Contudo, salientamos que são vários os autores que têm argumentado precisamente o contrário, que a supervisão clínica permite aos enfermeiros lidarem melhor com a mudança, com a natureza da prestação de cuidados de saúde, incluindo um maior ênfase na gestão clínica (Wood, 2004; Marrow, Hollyoake, Hamer, & Kenrick, 2002), a descentralização de tomada de decisão (Hyrkäs, Koivula, Lehti, & Paunonen-Ilmonen, 2003) e movimento em direção a cuidados de base comunitária (Magnusson, Lützén, & Severinsson, 2002).

## **2 | A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM COMO PROCESSO**

Da análise resultou que os participantes entendem a SCE como um processo, o que nos conduziu à identificação do tema «SCE como processo», no qual se agregam as categorias: «Formação e desenvolvimento profissional»; «Interação e relação»; e «Garante da qualidade e segurança dos cuidados» (Figura 5).

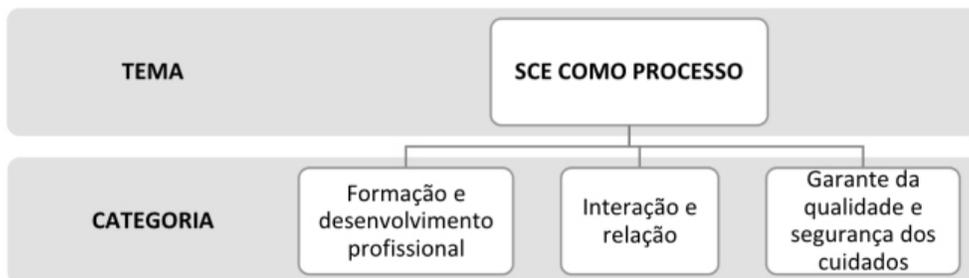


Figura 5 - Supervisão como processo: categorias.

Relativamente ao tema em análise, salientamos, desde logo, o facto de alguns participantes entenderem a SCE como um processo:

É assim, para mim, supervisão clínica, digamos que é um processo (...) entre supervisor e supervisionado. E6CH; (...) a supervisão é um processo (...). E14CH.

O termo “processo”<sup>2</sup> refere-se ao método<sup>3</sup>, sistema, modo de fazer uma coisa. Esta perspetiva dos participantes, de compreenderem que a SCE não é feita *ad hoc*, mas que exige um método para a sua operacionalização, é congruente com estudo de Tavares (2013), cuja autora refere que, apesar de pouco consciente, há a perceção de alguns enfermeiros de que a SCE pressupõe um processo.

De facto, a SC tem vindo a ser descrita na literatura como um processo, desde logo, pelo DoH do Reino Unido “*um processo formal de suporte e aprendizagem (...)*” (DoH, 1993, p. 15). Porém, desde o início do incremento da SC, vários outros autores se têm vindo a referir à SC como um processo, embora os conceitos possam variar (Fowler, 1996; Severinsson & Hallberg, 1996; Jones, 1998; Hyrkäs, Koivula, & Paunonen, 1999; Sloan, 1999; Yegdich, 1999; Severinsson, 2001).

De acordo com o estudo de Tveiten (2005), o que acontece no decurso do processo de SC pode ser denominado de pedagógico, conceito que, com a investigação produzida, tem vindo a incorporar elementos como:

2. Processo -(do latim *processus*, avanço, marcha, progressão) que se reporta ao método, sistema, modo de fazer uma coisa (Porto Editora, 2015).

3. Método-1. Programa que antecipadamente regulará uma sequência de operações a executar, com vista a atingir certo resultado. 2. Maneira ordenada de fazer as coisas; ordem. 3. Estratégia; modo de proceder; esforço para atingir um fim (Porto Editora, 2015).

formação (Cutcliffe, Epling, Cassedy, & McGregor, 1998), aprendizagem (Fowler, 1996) ajuda na compreensão (Jones, 1998), desenvolvimento (Severinsson, 1996; Playle & Mullarkey, 1998), capacitação (Porter, 1997), didática (Severinsson & Borgenhammar, 1997; Severinsson, 2001), facilitação (Todd & Freshwater, 1999), transformação (Williamson & Dodds, 1999) e crescimento profissional (Yegdich, 1999).

Também Driscoll (2000) referiu que das muitas ideias de fontes e documentos didáticos sobre o que é a supervisão clínica, surgem uma série de temas, entre os quais que esta é um processo formal (contratual) de apoio profissional e aprendizagem.

A generalidade dos documentos produzidos neste âmbito referem-se à SC ora como um processo, ora como um método eficaz de desenvolvimento profissional, o qual exige procedimentos de implementação formalmente definidos, como se pode constatar em praticamente todos os documentos disponíveis na literatura sobre as políticas e *guidelines* de supervisão clínica (Butterworth, Bell, Jackson, & Pajnkihar, 2008; Brunero & Stein-Parbury, 2008; NHS, 2009; White & Winstanley, 2010; Wright, 2012; Hull, 2016; Martin et al., 2017).

## 2.1 Da formação e desenvolvimento profissional

Os participantes associam ao processo de SC funções de natureza formativa, emergindo a categoria «Formação e desenvolvimento profissional», em torno da qual se agregam as subcategorias: «Ensinar»; «Reflexão sobre as práticas»; «Apoio profissional»; «Observação e análise das práticas»; e «Orientação na atualização do conhecimento».

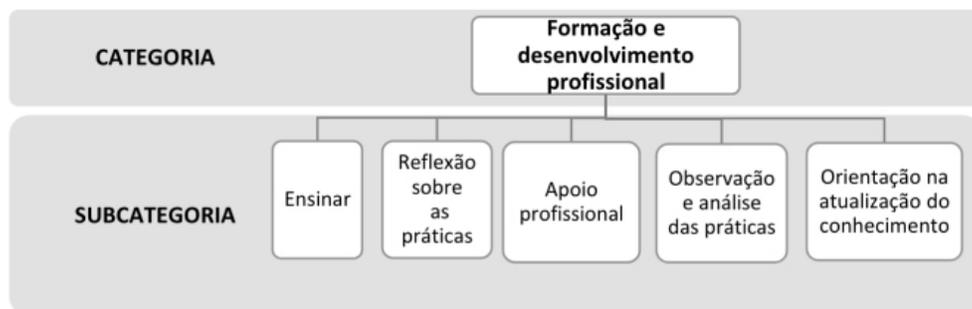


Figura 6 - Formação e desenvolvimento profissional: subcategorias.

No discurso dos participantes fica patente que entendiam a SCE como um processo formativo:

Para mim a supervisão é um processo de formação, de ajudar as pessoas a desenvolverem-se, a formarem-se enquanto profissionais. E14CH; SCE é assegurar as questões da formação, (...). E7CH.

A opinião dos participantes está de acordo com a evidência científica, que tem vindo a colocar a SCE no centro dos processos de formação, acompanhamento das práticas clínicas e desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Abreu, 2007; Best, 2008; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Martin et al., 2017; Snowdon, Leggat, & Taylor, 2017; White & Winstanley, 2010; Wright, 2012).

Na atualidade, face aos múltiplos desafios que se colocam na área da saúde, procuram-se estratégias inovadoras capazes de responderem de forma adequada, vindo a SC a ganhar relevância, enquanto processo que proporciona oportunidades de reflexão e de reconfiguração da ação, logo formativo. O *United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting*, por exemplo, recomendou a SC como necessária na prática clínica dos enfermeiros, no sentido de habilitar os profissionais para estabelecerem, manterem e promoverem padrões e inovações na prática clínica, proporcionando o desenvolvimento de conhecimentos e competências na reflexão sobre as práticas e aprendizagem pela experiência, no sentido de responder aos interesses e necessidades dos clientes (Wright, 2012; NHS, 2016; Hull, 2016).

Relativamente à subcategoria «Ensinar<sup>4</sup>», em 1980, Goldhammer, Anderson, & Krajewski, já sugeriam que entre outras funções, adicionalmente, a SC comportava componentes curriculares e formativas. Em 1995, Williams, também apontou a supervisão como um ensinamento que ocorre no contexto da prática e fornece uma ponte entre *campus* académico e clínica. Também no discurso dos participantes, neste estudo, está patente esta perspetiva:

(...) mas, em contrapartida, SCE também é quase como educar, ensinar. E12VP; A SCE (...) é ensinar, treinar e instruir, (...) E15CH.

---

4. Ensinar -Informar: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (International Council of Nurses, 2010, p. 96).

As práticas supervisivas estão impregnadas de estratégias de transmissão de conhecimentos do supervisor ao supervisionado. São diversos os autores e documentos governamentais/institucionais que se referem à SC como um processo que envolve educação, ensino e aprendizagem, centrando-se no objetivo de ensinar e estabelecer uma relação de ensino aprendizagem melhorando os pontos fortes e identificando os pontos fracos do supervisionado (DoH, 2013; Martin et al., 2017).

Na evidência disponível é transversalmente aceite que a SC, seja qual for o seu âmbito de aplicação, passa, indiscutivelmente, pela identificação das necessidades de formação e de aprendizagem do supervisionado. Bertman (1991) já referia ser de suma importância que nesta esfera de relação, devessem ser criadas e incorporadas estruturas formais de ensino. No estudo de Tavares (2013) os enfermeiros também identificaram na SCE uma componente de ensino teórico e prático.

Por sua vez, os estudos de Fowler (1995) revelaram a importância do supervisor ter capacidades de ensino para transmitir o seu conhecimento ao supervisionado, pois ensinar as atividades de trabalho e de rotina é uma das suas tarefas.

No âmbito das terapias cognitivas, os resultados da investigação também têm vindo a apontar para a importância de proporcionar oportunidades para que o supervisionado possa observar o seu supervisor na sua prática clínica, para que este lhe possa ensinar, demonstrar e incentivar o uso de novas habilidades, recorrendo a estratégias adequadas, fornecer-lhe literatura educacional relevante, orientações e ensino relativamente ao tratamento e intervenções terapêuticas (Sloan, 2006).

Relativamente à subcategoria «Reflexão acerca das práticas», os participantes referiram:

Supervisão para mim é uma partilha de conhecimentos, tanto para quem está como supervisor como para quem está a ser supervisionado. Partilha de conhecimentos, de aprendizagem. E7CH; (...) Há partilha de conhecimento, a partilha de experiências, a colocação de dúvidas. E penso que é isso a SC! E2RP; [SC] (...) é refletir sobre o que se pode melhorar, (...) E3CH.

Clarificamos, antes de mais, que para a discussão, usamos os termos “reflexão” e “prática reflexiva” como sinónimos, o que é congruente com os achados de O’Connor, Hyde e Treacy (2003) que concluíram que estes termos são usados como tal.

Nos estudos de Pires (2004) e Tavares (2013), os enfermeiros já se referiram à SCE como um processo formativo que envolvia a reflexão acerca das práticas clínicas. Efetivamente, é muita a evidência que mostra que a SCE é essencial para a reflexão sobre as práticas (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Wright, 2012; Allan, McLuckie, & Hoffecker, 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017). Long, Harding, Payne e Collins (2014) referindo que a SCE é vista como uma chave para a prática reflexiva para apoiar a equipe em ambientes de trabalho stressantes.

Em 1993, Ronnestad e Skovholt já apontavam os processos reflexivos associados à supervisão clínica como a ponte pela qual supervisionados começavam a ocupar o “grande abismo entre teoria e prática” através da incorporação do conhecimento teórico-prático (p. 396). De facto, o desiderato da SCE é conseguido por via da troca de conhecimentos e experiências entre profissionais, que, através das oportunidades de reflexão, apoio pessoal e profissional, permitem o desenvolvimento das competências dos enfermeiros (Mills et al., 2005).

Na realidade, as representações dos participantes corroboram as muitas interpretações de SC que se encontram na evidência disponível, sendo sistematicamente considerada como um método de desenvolvimento pessoal, baseado num processo formal de apoio profissional e de aprendizagem, que envolvendo procedimentos específicos, tem na reflexão a pedra basilar, conceito central no debate desta problemática, encontrando-se referência à importância da mesma nos processos supervisivos, independentemente da área em que se pratique.

Em todas as áreas do conhecimento onde se debate a problemática da SC, é transversal a ideia de que esta permite que os profissionais desenvolvam conhecimentos e competências na reflexão sobre as práticas e aprendam com a experiência.

Estes pressupostos já vêm a ser debatidos de forma sistemática desde os tempos de John Dewey (1910), autor em que Donal Schön encontrou os fundamentos para o trabalho que desenrolou nesta área, na qual se tornou um autor de referência, argumentando sobre a importância de conceitos como: conhecimento na ação (knowing-in-action); a reflexão na ação (reflection-in-action); a reflexão sobre a ação (reflection-on-action); e a reflexão sobre a reflexão na ação (reflection on reflection-in-action) (Schön, 1987).

Destinando-se a SC a identificar soluções para diferentes tipos de problemas e melhorar a qualidade da prática clínica, aumentando a compreensão das questões profissionais, através da incorporação sistemática de processos reflexivos (Hyrkäs et al., 2001), a importância da “reflexão **na** ação”, “reflexão **sobre** a ação” e da “reflexão **sobre a reflexão** na ação”, ao que, com base nos trabalhos de Sá-Chaves (2000) acrescentamos uma fase pré-ativa “reflexão **para** a ação”, torna a prática reflexiva, indiscutivelmente, uma ferramenta essencial à SC.

Considerando o exposto, não se pode deixar de lançar um “outro olhar” sobre a matéria inerente à supervisão e reflexão, a preceito do qual se volta ao discurso dos participantes:

(...) SCE consiste na partilha de angústia, na partilha de dúvidas, na partilha de conhecimentos (...) na partilha de experiências (...). E2RP.

Ao fazer-se a interseção desta perspetiva de “partilha” com a de Ordaz (2011), no âmbito do uso das narrativas como fonte de conhecimento em enfermagem, somos transportados para o

“encantamento de contar estórias” associado à atividade humana, em que “(...) as estórias que ouvimos e contamos situam-nos no mundo em que vivemos, dão-lhe sentido, valor, e transformam-no à medida que nos transformamos (...). As estórias do presente e do passado são uma forma de diminuir as distâncias entre lugares e pessoas, dando um sentido coletivo ao que fazemos e somos” (p. 71).

Há autores que têm vindo a admitir a relevância das estórias dos enfermeiros, habitualmente intensas, como meio para a compreensão da prática e como processo de construção do conhecimento em enfermagem, bem como da sua difusão, na medida em que contribuiram

para que alguma coisa se transformasse nos protagonistas (Boykin & Schoenhofer, 1991; Ordaz, 2011).

A partilha de angústias, de dúvidas, de conhecimentos e de experiências dos enfermeiros, feita através da narrativa das suas estórias, constitui uma ferramenta privilegiada de acesso às suas experiências (Sandelowski, 1991).

Não obstante todos os desenvolvimentos a que se tem assistido na afirmação da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, quer a nível estatutário, académico, das práticas, da investigação, e, fundamentalmente do discurso exposto, voltamos a Ordaz (2011), que expõe a sua preocupação sobre o facto de que:

Apesar da importância que é dada pelos teóricos à partilha e reflexão dos vividos quotidianos como fonte de saberes, o que é certo é que tudo se organiza para que isso não passe de um exercício académico a prazo, que se esgota cumprido o objectivo de provar que foi útil, sem que daí efectivamente resulte um trabalho sistemático de dar sentido à experiência vivida, compreendendo a sua força de transformação e mudança. Muitos enfermeiros não reconhecem o valor das suas estórias, outros acham que ninguém os quer ouvir (p. 72).

Este é um dos aspetos em que se considera que a SCE se pode constituir como um contributo inestimável para a Enfermagem, no sentido em que, tendo como componente fulcral a reflexão sobre as práticas, tem que, inevitavelmente, deter-se sobre os saberes ocultos que Ordaz (2011) considera serem

(...) pacientemente tecidos ao longo dos anos, por enfermeiros e enfermeiras que souberam aprender com as pequenas coisas e se foram constituindo como referência para outros que beberam da sua perícia" (p. 72).

Referindo, no entanto, manifesta inquietação ao verificar que há muito poucos contributos que se detenham sobre estes saberes, apontando a opinião de Byers (1999), "Muitas vezes, há falta de reconhecimento da sabedoria que os anos de experiência podem proporcionar" (Ordaz, 2011, p. 72), como que para acentuar a tónica desta problemática.

Da análise emergiu também a subcategoria «Apoio profissional» enquanto recurso fundamental a utilizar nos processos supervisivos, pois constitui-se como atributo/elemento estruturante da formação e

desenvolvimento profissional dos supervisionados. Neste sentido, é expressiva a percepção dos participantes neste âmbito.

(...) SC é mais no sentido de apoiar e de ajudar, até diria mais nesse sentido, e não de policiar. E12CH; Entendo a SC como sendo o acompanhamento a orientação, esclarecer dúvidas, ouvir um bocadinho do outro... um bocadinho por aí, um apoio profissional. E17VP; (...) é um apoio para um colega, de um colega para outro, alguém que está sempre presente para quando é necessário, de alguma forma uma ajuda. E1RP; E ter alguém que realmente me apoie e que eu sei, se surgir alguma situação, posso recorrer a essa pessoa. E4CH.

Também nos estudos de Pires (2004) e Tavares (2013), as representações dos enfermeiros sobre a SCE traduziram uma clara associação do apoio profissional a este processo, considerando-o um elemento medular da supervisão.

Esta ideia está traduzida, desde sempre, e de forma transversal, em toda a evidência disponível sobre a SCE, perpassando, entre outros, o DoH (1993), Winstanley e White, (2003), Hyrkäs (2005), Brunero & Stein-Parbury (2008), Dilworth et al. (2013), Long et al. (2014), Gonge e Buus (2015), MacLaren, Stenhouse e Ritchie (2016), Allan et al. (2017), Martin et al. (2017), Snowdon et al. (2017).

O documento “*A Vision for the Future*”, já se referia à SCE como “um processo formal de apoio profissional (...)” (DoH, 1993). Em 1995, McCallion e Baxter já referiam que a SC se constituía como um processo de suporte e apoio profissional que se deveria impor ao modelo *ad hoc* de apoio entre colegas, no sentido de apoiar os profissionais nas suas práticas e ajudá-los a desenvolverem as suas competências.

Mais recentemente, os estudos continuam a comprovar que a SCE permite que os enfermeiros façam esta discussão e análise regular sobre as suas práticas, num ambiente de apoio seguro e solidário (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Long et al., 2014; Gonge & Buus, 2015; MacLaren et al., 2016).

Não obstante o apoio profissional estar inevitavelmente associado à função formativa, na realidade, este é um elemento comum às outras duas funções da SC, daí a sua popularidade ter aumentado na década de 1990, como um dos métodos de apoio ao desenvolvimento profissional de profissionais de saúde (função formativa), ao *coping* (função reparadora)

e à melhoria da qualidade dos cuidados (função normativa) (Hyrkäs et al., 2001).

A «Observação e análise das práticas» é outra das subcategorias que integra a categoria «Formação e desenvolvimento profissional».

Os participantes referiram-se á observação no contexto da supervisão como:

A minha perspetiva da SCE é eu estar a trabalhar com um grupo de colegas e, não de uma forma pejorativa, verificar, observar como é que eles [enfermeiros] fazem determinado procedimento, e tentar discutir com os colegas se [o procedimento] está correto, ou se não está, para evoluirmos profissionalmente de forma favorável. E16VP (...) eu acho que SCE é uma forma de observação do trabalho, melhorar a prática, profissional (...) através de observação (...). E3CH.

As opiniões destes enfermeiros vão ao encontro da compreensão de que o acompanhamento e observação das práticas, de forma não pejorativa, permitem perceber a forma como os profissionais se organizam e prestam cuidados.

Nos estudos de Carvalho (2012) e Tavares (2013), a observação é identificada como uma importante estratégia de SCE, pelo que se compreende que, como referem Cruz, Carvalho e Sousa (2012), os enfermeiros percebem que a SCE envolve a observação dos cuidados que prestam aos clientes.

Sob o ponto de vista da supervisão disponibilizada aos enfermeiros, esta deve ajudá-los a fazer a “observação” e análise da sua própria prática e dos contextos em que esta se desenvolve, a questionar, confrontar, analisar, interpretar e refletir sobre o observado, e a procurar as melhores soluções para as dificuldades e problemas com que se vai confrontando (Pires, 2004), ou seja, “a observação adquire a sua máxima utilidade na formação (...) quando se associa efectivamente à retro-alimentação da informação ou do *feedback*” (Serafini & Pacheco, 1990, p. 5).

De salientar que para Alarcão e Tavares (2007), os processos de supervisão devem assentar na observação para que nenhum episódio observável passe despercebido, constituindo uma estratégia fundamental a análise e compreensão dos fenómenos observáveis e das razões que lhe estão subjacentes.

Em síntese, a observação permite recolher dados em primeira mão, numa situação real, ou outros eventos profissionais, envolvendo o face-a-face e outras interações entre observador/supervisor e o observado/supervisionado, no decorrer da análise da atividade profissional e dos comportamentos observados, com o sentido de definir os passos seguintes da supervisão, com o objetivo de otimizar o desempenho do supervisionado (Abiddin, 2008).

A «Orientação na atualização do conhecimento» é a última subcategoria inerente à «Formação e desenvolvimento profissional».

No decurso do estudo sobre indicadores das estratégias de supervisão, no âmbito das estratégias de formação profissional dos enfermeiros, Pinto (2013) refere parecer-lhe pertinente que o supervisor, ao identificar as necessidades de formação do supervisionado, se for o caso, lhe indique também fontes de pesquisa, no sentido de proporcionar um investimento sustentado e adequado às necessidades identificadas. Na realidade, das opiniões que recolhemos dos participantes, estes entendiam que a SCE passa também por apoiar na pesquisa da melhor evidência científica.

Uma orientação é sempre boa quando procuramos atualizar-nos nos conhecimentos novos que vão surgindo. Eu acho que faz falta [SC], no sentido de poder orientar também a nível de aquisição de novos conhecimentos, (...) uma orientação, acho que só faz bem (...). E13CH; (...) se calhar até da necessidade de ir pesquisar, (...). E até fazer-nos ir estudar, porque não? Até estudar outras práticas novas, mais atualizadas. E4CH.

Alguns estudos sugerem que os supervisores estão cientes da importância do seu papel na formação dos supervisionados, na aquisição dos seus saberes e desenvolvimento de competências, no sentido de incrementar as experiências clínicas. Neste sentido, a qualidade das fontes de pesquisa que indicam são um elemento fundamental no suporte e formação contínua dos profissionais (Myall, Jones, & Lathlean, 2008; Moseley & Davies, 2008; Rogan, 2009).

No estudo de Cruz (2012) os enfermeiros também referiram que ser bom profissional, passa por se manterem atualizados, conhecedores dos conteúdos teóricos e práticos. Neste sentido, a autora menciona que no

decorso da investigação, o processo de formalização da SCE passou pela constituição de um contrato individual entre os enfermeiros supervisores clínicos e os supervisionados, que responsabilizava o supervisor clínico a incentivar a prática baseada na evidência.

Borges (2013) afirma que alguns enfermeiros supervisores clínicos apontaram como fatores facilitadores da implementação do projeto de SCE o suporte disponibilizado por parte dos investigadores e da instituição, no que diz respeito à adoção de uma atitude de apoio e sustentação do processo, inclusivamente o fornecimento de bibliografia de apoio. Por sua vez, o estudo de Tavares (2013) aponta a orientação como um aspeto fulcral da SCE.

Também nas políticas de SC de organismos governamentais de diferentes países, entre os quais Community Health Oxfordshire (2010), é feita referência sistemática à necessidade do desenvolvimento das práticas baseadas na evidência como um dos elementos fulcrais da SC.

Em forma de síntese, face à categoria em análise, resta-nos referir que a perceção dos participantes de que a SC é um processo de «Formação e desenvolvimento profissional», vai ao encontro das funções que a SC comporta. Proctor (1986) e Nicklin (1997) apresentam modelos de SC que apontam para uma estreita relação entre a SC e a formação, até porque argumentam como uma das funções da SC, a função formativa ou educativa (Sloan & Watson, 2002; Best, 2008).

## **2.2 Da interação e relação**

Inerente ao tema «SCE como processo», emergiu também, da análise, a categoria «Interação e relação» resultante da agregação das subcategorias: «Relação supervisiva» e «Apoio emocional» (Figura 7).

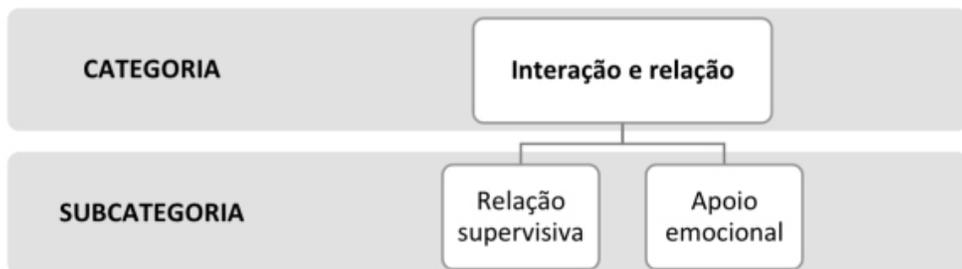


Figura 7 - Interação e relação: subcategorias.

No seu sentido mais lato, o termo “relação” refere-se apenas ao modo como supervisor e supervisionado estão conectados, como trabalham juntos para cumprir os seus objetivos, alguns dos quais são comuns, outros são idiossincráticos, daí que, face ao contexto das orientações particulares da supervisão, a natureza, qualidade e função da relação devem ser definidas em termos específicos (Dye, 1994).

Ainda que pela exemplaridade, o discurso do participante alegou que a SC encerra um processo interativo:

É assim, para mim, supervisão clínica, digamos que é um processo interativo, entre o supervisor e o supervisionado, (...). E6CH.

Na realidade, é indiscutível o caráter interativo da SCE, podendo-se afirmar que a generalidade da evidência científica trata o processo supervisivo como tal, pois este só é possível num contexto de interação entre supervisor e supervisionado.

No âmbito da formação profissional, Tavares (1993) refere haver uma dimensão pessoal e outra interpessoal da relação, que se desenvolve em três percursos conceptuais: a pessoalidade, a interpessoalidade e a formação. O autor considera o princípio da pessoalidade a antítese da individualidade, pois caracteriza-se pela indivisibilidade e unicidade, e ainda que, pessoalidade é estimulante, criativa, transparente, verdade e autenticidade; é humanidade em dialética (Tavares, 1993).

Desde o início do percurso de formação o enfermeiro é levado a refletir sobre a importância da relação pessoal e interpessoal, ou seja, a relação consigo mesmo, a sua autoestima, autoconfiança e

autoconhecimento, enquanto condições fundamentais para estabelecer boas relações com os outros, pelo que é compreensível que se tenha identificado esta componente no discurso dos participantes:

É meio caminho andado! A relação é meio caminho andado na supervisão, é muito importante! (...). Tem que se ter boas relações para poder atingir outros aspetos da supervisão, senão não se consegue uma boa supervisão. E15CH; O aspeto da relação é o principal na supervisão. E8VP.

A qualidade da relação supervisiva tem uma contribuição significativa para a eficácia da SC e, atendendo ao esforço científico que tem vindo a ser feito no sentido de demonstrar a eficácia da supervisão, alguns autores consideram razoável aprofundar a pesquisa no que concerne à relação entre o supervisor e supervisionado (Sloan, 2005; Gonge & Buus, 2015; MacLaren et al., 2016; Allan et al., 2017).

Por sua vez, a função do supervisor clínico em enfermagem consiste, fundamentalmente, em apoiar o desenvolvimento do profissional seu par, ajudando-o a contornar as dificuldades, a refletir sobre as práticas e a desenvolver competências que lhe permitam cuidar com qualidade. O seu papel é central à promoção da qualidade das práticas, processo para o qual a qualidade da relação supervisiva se constitui como fator determinante, pois a qualidade e promoção das práticas passa, indiscutivelmente, pela promoção de uma atitude reflexiva onde a relação supervisiva, ao valorizar a perspetiva de cada um dos intervenientes no processo, permite tornar significativa a atividade comum (Cottrell, 2002), o que também era percecionado pelos participantes:

(...) se calhar, termos uma pessoa connosco, que não que está em cima de nós, mas que, como nosso colega, se calhar a relação entre colegas é diferente, acho que a relação era diferente se tivéssemos uma pessoa, colega, a avaliar-nos a qualidade. E3VP.

A atmosfera afetivo-relacional que envolve todo o processo supervisivo condiciona-o, negativa ou positivamente, pelo que, esta constitui uma das peças fundamentais do processo, devendo assentar, desde o início, numa boa relação entre supervisor e supervisionado. Dye, numa fase ainda precoce da adoção da SC argumentava que, para que tal relação se estabeleça, é importante, desde o início, desfazer alguns

mitos e preconceitos que se foram criando e alimentando ao longo dos tempos, inerentes ao estatuto e relacionamento entre os envolvidos, tendo em consideração que a definição de uma relação de supervisão adequada e eficaz varia de acordo com diversas variáveis identificáveis, ora fixas (estáticas), ora mutáveis (dinâmicas), devendo a relação ser estruturada de acordo com o conhecimento e consentimento de ambos, supervisor e supervisionado (1994).

Na perspetiva ecológica de Bronfenbrenner (1979), a presença do outro e a sua capacidade de, progressivamente, ir transferindo responsabilidade, neste caso para o supervisionado, faz com que este também se passe a responsabilizar mais pelas suas tarefas, desempenhando-as com maior autonomia, e assumir outras que lhe são novas, bem como novos papéis, o que é fundamental para o seu desenvolvimento.

Os aspetos aqui refletidos sobre a relação supervisiva conduzem à componente restaurativa da SC, pois enquanto função de apoio social, inevitavelmente tem que envolver uma robusta componente relacional, o que também é percecionado pelos participantes, donde se entende que o «Apoio emocional» constitua uma subcategoria da «Interação e relação», intrínsecas ao processo de supervisão.

Penso que também pode envolver a parte pessoal e, portanto, a partilha de algum problema mais emocional (...). E2RP; (...) assegurar as questões de suporte mais pessoal, as questões do apoio. E7RP.

A evidência sugere que a SC promove a legitimação de suporte aos profissionais através do *feedback* do supervisor, proporcionando apoio, alívio do stresse e prevenção do *burnout*, contudo, só pode tornar-se demonstrável após alterações restauradoras significativas (alterações no bem-estar pessoal) (Brunero & Stein-Parbury, 2008; White & Winstanley, 2010).

A função de suporte, reparadora, é muito frequentemente debatida na literatura. É também a função mais investigada, sendo consensuais os efeitos positivos da SC apontados na evidência disponível (Edwards et al., 2006; Roche, Todd & O'Connor, 2007; Brunero & Stein-Parbury, 2008;

Schalk, Bijl, Halfens, Hollands & Cummings, 2010; Dilworth et al., 2013; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

### 2.3 Da garantia da qualidade e segurança dos cuidados

A problemática da qualidade dos cuidados de saúde tem levado os profissionais e organizações a profundas reflexões sobre as práticas clínicas. Esta preocupação, não sendo recente, é extensível às diferentes sociedades e culturas.

Neste sentido, as políticas de diferentes sistemas de saúde a nível mundial, principalmente no que respeita aos países mais desenvolvidos, como a Suécia, Finlândia, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, EUA, entre outros, têm encontrado algumas soluções estratégicas no sentido de assegurar a qualidade dos cuidados disponibilizados à população, sendo uma dessas estratégias a implementação de programas de SC, integrados em programas de gestão da qualidade e de governação clínica (Hyrkäs & PaunonenIlmonen, 2001; White & Winstanley, 2006).

As preocupações sobre a qualidade das práticas são um aspeto também enraizado no discurso dos participantes, pelo que, da sua análise, emerge a categoria «Garante da qualidade e segurança dos cuidados» resultante da agregação das subcategorias: «Qualidade das práticas»; «Segurança dos cuidados»; e «Padrões de qualidade» (Figura 8).

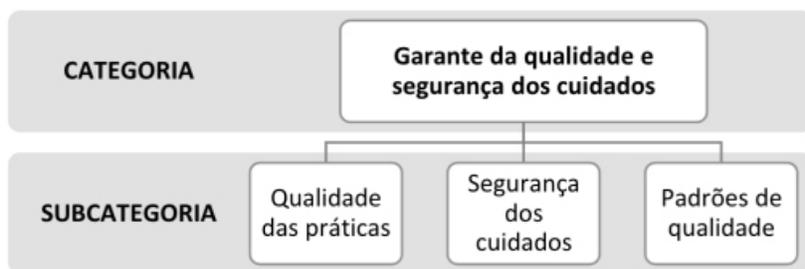


Figura 8 - Garante da qualidade e segurança dos cuidados: subcategorias.

A identificação de elementos que associam a SC à qualidade das práticas e segurança dos cuidados é reveladora de que um elevado número de participantes, apesar de não terem experiências estruturadas

de SCE, conseguem reconhecer-lhe uma função direcionada para aspetos inerentes à gestão, principalmente no que respeita à inquietação constante patente no discurso, no que releva para o assegurar da «Qualidade das práticas», enquanto aspeto central da garantia da qualidade:

Penso que a SC é uma mais-valia para a qualidade dos cuidados. E18VP; A supervisão aqui no serviço podia ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados e mesmo a qualidade do exercício profissional. E11CH; A supervisão pode contribuir para que as nossas práticas sejam seguras e com qualidade sim! Principalmente para a qualidade, para a segurança (...). E4CH; Excecionalmente, poderá haver boas práticas sem SC, em pessoa excepcionalmente competentes, altamente profissionais, altamente responsáveis, mas é uma exceção! Não é garantia de coisa nenhuma! Há aqui questões de segurança de cuidados, questões de garantia de qualidade, em que a supervisão deve existir, senão, cada um faz o que quer, como quer, com as consequências que tiver! Pode sair bem, mas, à partida, com a supervisão, as probabilidades de que não falha são maiores! E7RP.

Gorzanski (1997) já afirmava que a qualidade das práticas de obstetrícia estava relacionada com a qualidade da supervisão, pelo que políticas de saúde do *National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery* [NCPDNM] incluíam diretrizes para as políticas de SC, no interesse da melhoria de qualidade dos cuidados e atendimento prestado aos clientes (NCPDNM, 2008).

Os estudos de Pires (2004) e Tavares (2013), realizados em contextos onde não existiam processos formais de SCE, demonstraram que os enfermeiros entendiam que a supervisão fornece aos supervisionados as condições essenciais ao desenvolvimento do processo de prestação de cuidados, assente num acompanhamento clínico sistemático, promotor da qualidade, na medida em que é um garante que os cuidados de enfermagem são realizados adequadamente e com a máxima qualidade possível.

Os benefícios da SC nas práticas têm sido avaliados “indiretamente” do ponto de vista da perspectiva individual dos supervisionados, em que, maior satisfação no trabalho, melhores atitudes relacionadas com o trabalho e menos stresse, têm sido considerados benéficos para as práticas (Hyrkäs et al., 2001; Butterworth, Bell, Jackson, & Pajnkihar, 2008; White & Winstanley, 2010; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

Os resultados de um estudo de Hyrkäs e colaboradores (2005) também mostraram efeitos positivos da SC nas práticas de gestão de enfermeiros gestores, assim como na sua capacidade de liderança.

A «Segurança dos cuidados» foi outra das subcategorias identificadas.

Entre os fatores que são sistematicamente apontados como centrais ao incremento da SC e da qualidade e segurança das práticas de enfermagem, são a sucessão de acontecimentos dramáticos em Bristol, Kent e Canterbury, com especial destaque para o caso de Beverley Allitt. Estes acontecimentos de atentado contra a segurança e vida de doentes, são referidos na literatura como estando na origem da tomada de decisão/medidas que pudessem contribuir para que acidentes desta natureza não se voltassem a verificar (Bishop, 1998).

Os trágicos acontecimentos relatados no inquérito Allitt Inquiry (DoH, 1991) mobilizaram a sociedade que exigiu a definição de políticas que fomentassem o apoio e acompanhamento sistemático dos profissionais de saúde e das suas práticas, dando origem a uma resposta entusiástica para a introdução da CS, de âmbito nacional, como um elemento central da *clinical governance* das instituições de saúde do Reino Unido.

Na sequência destes acontecimentos o documento “*Vision for the Future*” do DoH (1993), incluía um conjunto de políticas que tinham como pressuposto a implementação de processos de SCE, que passaria a ser considerada fundamental e imprescindível, na medida em que, para além de promover práticas de qualidade, permitia sustentar as práticas dos profissionais, promovendo, paralelamente, a segurança dos utentes; de facto, o DoH deu um passo em frente ao fazer referência à competência, à responsabilidade profissional e à defesa do consumidor, neste caso o cliente dos cuidados (Bishop, 1998; Winstanley & White, 2003). Neste contexto a SC foi apresentada como um meio pelo qual os enfermeiros poderiam explorar, sustentar e ampliar o seu desenvolvimento pessoal e práticas profissionais, tendo como objetivo global melhorar os padrões de cuidado e promover a saúde da nação.

Face ao exposto, encontramos um argumento válido para as opiniões

dos participantes relativamente ao que eram as suas perceções sobre a segurança dos cuidados e as dinâmicas que estas devem contemplar num processo de SC:

A forma de conseguir controlar a segurança dos cuidados seria com a supervisão. E10CH; Eu acho que sim, a supervisão pode ajudar na segurança dos cuidados e prevenção dos erros. E11CH; Sim, nós somos enfermeiros e corremos o risco de errar; a SCE é muito importante nas práticas de enfermagem seguras, nós trabalhamos com vidas. A supervisão é importante para essas práticas serem seguras. E3VP; A supervisão é importante, pois se se estiver a fazer mal e não souber, se ninguém nos mostrar, (...) então vamos sempre praticar o erro. E5CH.

Nicklin (1997) e Lyth (2000) já argumentava que se o custo da SC resulta na redução dos níveis de doença, na melhoria da eficácia clínica e da qualidade do atendimento, na redução de queixas e dos erros clínicos, então a SC paga-se a si própria.

A segurança e qualidade dos cuidados é uma problemática na ordem do dia, há já várias décadas, constituindo motivo de grande preocupação e discussão, transversal a todos os países. Embora autores como Bond e Holland (1998) considerem que, no Reino Unido, foi na sequência do caso Allitt que se despoletou o debate aprofundado sobre o assunto, esta representação extrema de falta de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, não foi um caso isolado, repetindo-se em muitos países (ainda que muitos não venham ao conhecimento público e outros nunca sejam detetados). Inclusivamente, Winstanley e White (2003) referem-se a acontecimentos da mesma natureza na Austrália, que, também eles, conduziram à definição de políticas de qualidade que incrementaram a implementação da SCE, considerada fundamental e imprescindível, para a promoção de práticas de qualidade.

White e Winstanley (2010) realizaram um estudo inovador, com o objetivo de perceber se a SCE tinha relação com a qualidade dos cuidados de enfermagem e resultados no cliente, tendo concluído que não eram estatisticamente significativas as diferenças na qualidade dos cuidados ou satisfação do cliente em contextos onde era realizada SC e onde esta não era realizada.

Em Portugal, ainda que revestida de diferente envolvência, a

problemática da segurança dos cuidados também é recorrentemente debatida. Abreu e Marrow (2012), num estudo comparativo, entre Portugal e o Reino Unido, sobre a SC das práticas de enfermagem, consideram este processo um pilar importante para a segurança dos cuidados, apesar de não terem evidências que estabeleçam que a SC tem efeitos diretos neste campo.

Por fim, a subcategoria «Padrões de qualidade», que emerge da compreensão dos participantes em assegurarem os padrões de qualidade, por via da SC, no sentido de garantir a qualidade e segurança dos cuidados.

A SCE é entendida por mim como um processo da observação e verificação da prática, da observação de conformidade com normas, com orientações e com procedimentos, (...). E7RP; É verificar se mediante os objetivos que estão preconizados se cumprimos ou não. E7VP; (...) acaba também por servir para concretizar algumas coisas ao nível da gestão. (...) Por exemplo, quando eu faço acompanhamento, agora trabalhamos através da contratualização dos padrões, ou então através de contratualização de determinados indicadores, através da contratualização de determinados objetivos a serem atingidos, determinados níveis, determinadas metas; quando eu faço o acompanhamento da realização dessas atividades, estou a fazê-lo com uma dupla finalidade, ajudar os colegas a conseguir concretizar esse indicador ou essa atividade, mas também como tenho responsabilidade mais ao nível da gestão e da avaliação, ou da reformulação desses projetos e dessas estratégias, aí já não tem tanto ver com supervisão mas com gestão, acaba por haver ali quase que uma dupla finalidade. E7RP.

Inicialmente, a função global da SC, consistia em melhorar padrões de cuidados e, num sistema de saúde ideal, promover a saúde da nação (White, et al., 1998). Cada vez mais as políticas de saúde destacam a importância da SC, e na década de 90 do séc. XX, No Reino Unido, a “*clinical governance*” foi estabelecida como estrutura de gestão das organizações de saúde através da qual o NHS assegura os processos de monitorização da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em vigor, sendo a SC descrita como um meio crucial, se não o principal, na salvaguarda dos elevados padrões clínicos e na melhoria da qualidade dos cuidados (Butterworth & Faugier, 1992; Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Winstanley & White, 2003).

A “*clinical governance*” é definida como um quadro através do qual as organizações do NHS são responsáveis por melhorar continuamente

a qualidade dos seus serviços e salvaguardar padrões elevados de cuidados, criando um ambiente em que a excelência clínica irá florescer, ajudar a enfrentar o mau desempenho e permitir linhas claras de responsabilidade para o atendimento ao cliente (Royal College of Nursing, 2003). Constitui, portanto, um programa de melhoria da qualidade dos sistemas de auditoria, que envolve padrões clínicos aplicáveis a prática baseada em evidências para o cuidado do cliente, sendo o meio pelo qual as organizações asseguram a gestão organizacional e a prestação de cuidados de qualidade, tornando os indivíduos responsáveis pela criação, manutenção e monitorização de padrões de desempenho (DoH, 1998; Royal College of Nursing, 2003).

A relação entre a governação clínica e SC tem sido muito enfatizada, inclusivamente por Butterworth e Woods (1998), referindo que participar na SC de uma forma ativa é uma demonstração do exercício individual da responsabilidade profissional sob a governação clínica e que a SC deve ser vista como parte integrante de um quadro de atividades que são projetados para gerir, monitorizar e melhorar a prestação de serviços de alta qualidade (Winstanley & White, 2003).

De facto, a SCE tem vindo a afirmar-se como um processo que proporciona o desenvolvimento de conhecimentos e competências, na reflexão sobre as práticas e aprendizagem pela experiência, permitindo aos enfermeiros estabelecerem, manterem e promoverem padrões de qualidade e inovação na prática, respondendo aos interesses e necessidades dos clientes (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Winstanley & White, 2003; White & Winstanley, 2010).

A SCE tem vindo a ser considerada facilitadora da identificação de soluções para diferentes tipos de problemas da prática de enfermagem, promotora da melhoria das práticas e do aumento da compreensão de questões do âmbito profissional, tendo como objetivo fulcral aumentar a proteção dos consumidores e a segurança dos cuidados (Hawkins & Shohet, 1996; Bond & Holland, 1998; Hyrkäs et al., 2001; White & Winstanley, 2010).

Com efeito, encontram-se fortes argumentos sobre os benefícios

da SCE na eficácia e na qualidade e segurança dos cuidados. Alguns estudos indicam que pode haver melhorias significativas no processo de cuidados e que pode melhorar a conformidade com processos associados aos resultados de saúde nos clientes. Inclusivamente, defende-se que a SC de profissionais de saúde mental pode estar associada a uma redução nos sintomas psicológicos de clientes com diagnóstico de doença mental. No entanto, continuam a ser muitos os argumentos sobre a falta de evidência científica que demonstrem, efetivamente, o efeito direto da SCE sobre os resultados de saúde dos clientes (Winstanley & White, 2003; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Butterworth et al., 2008; White & Winstanley, 2010; Koivu, Saarinen, & Hyrkäs, 2012; Wright, 2012; Dilworth et al., 2013; Allan et al., 2017; Martin et al., 2017; Snowdon et al., 2017).

## 2.4 Importância da Supervisão Clínica em Enfermagem

Face às perceções dos participantes sobre a SCE, identificou-se ainda o tema «Importância da SCE», que emergiu das categorias «Desenvolvimento profissional», «Apoio profissional», «Apoio na tomada de decisão», «Apoio na resolução de problemas» «Reformulação das práticas» e «Depende dos intervenientes» (Figura 9).

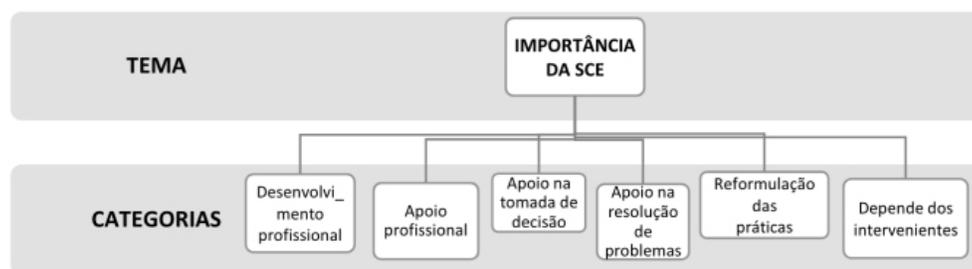


Figura 9 - Importância da SCE: categorias.

Abreu, em 2007, referia-se à SCE como um processo que diferentes autores argumentavam ser muito importante no desenvolvimento das competências clínicas dos enfermeiros, no apoio, suporte, estímulo e aumento do nível de confiança dos mesmos, bem como na diminuição

da taxa de abandono da profissão, verificando-se também os seus contributos na redução do número de reclamações e na melhoria da organização dos serviços e desempenho das unidades de saúde.

Relativamente às opiniões dos participantes, eles consideraram:

(...) a SCE é importante para a prática porque quando trabalhamos mais sozinhos, como nós, há sempre dúvidas e coisas que precisaríamos de desenvolver e que não conseguimos, e a SCE é importante nesse apoio. Nestes casos, em que se trabalha mais sozinho, o apoio da SCE ajuda a desenvolver em termos profissionais. E8RP; (...) tem muita importância o facto de termos supervisão, de termos quem nos ajude a ultrapassar os nossos problemas, a tomar as nossas decisões (...). E5RP; (...) nós podemos fazer milhentas intervenções, mas se estiver sozinho, aquilo que eu faço é sempre bem feito, é sempre o melhor! Se tiver alguém que supervisione vai-me identificar lacunas, vai-me corrigir, vai-me orientar. (...) E8VP; (...) seria importante haver SCE das práticas. (...) ajudar alguém a crescer, a modificar e alterar a sua prática, seria bom! E10CH.

Efetivamente, verifica-se que consideram a SCE importante, no sentido de contribuir para o desenvolvimento e apoio profissional, reflexão e reformulação das práticas, no apoio a suplantar os problemas com que se confrontam no dia-a-dia, no apoio em termos de identificação do erro, na segurança e qualidade das práticas. Estes resultados vêm comprovar os do estudo de Cross, Moore e Ockerby (2010), em que os participantes, reconheceram a importância da orientação do supervisor na reflexão sobre os seus problemas no dia-a-dia de trabalho, e de Tavares (2013), em que os enfermeiros também se referiram à importância da SCE, e de ter alguém a quem recorrer, ou seja, o supervisor, para os aconselhar, refletir e apoiar.

A importância da SCE é reconhecida face à especificidade e imprevisibilidade que os cuidados de enfermagem encerram, na medida em que legitima a implementação de estratégias de suporte e de orientação da prática clínica, no sentido de garantir a sua máxima segurança e a gestão dos riscos que lhe são inerentes (Garrido et al., 2008).

Rodrigues (2010) refere-se à importância da supervisão na enfermagem em diversas áreas, destacando a relevância do seu papel face ao cliente/família/comunidade na promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. Alega, ainda, que para que o enfermeiro preste cuidados de qualidade ao cliente e sua família, a supervisão

tem que ser explorada, dado o seu caráter reflexivo, e que, a gama de estratégias ao dispor dos enfermeiros, permitem o incremento das suas práticas, numa atitude de cooperação entre a equipa multidisciplinar e com o cliente.

O NHS (2016) considera que a SCE é importante na esfera profissional, na organizacional, e na esfera do cliente. No que ao profissional diz respeito, salienta a importância da SCE no apoio, no desenvolvimento de competências e no desenvolvimento pessoal e profissional; relativamente à organização, considera que valoriza o *staff* e diminui os seus níveis de morbilidade, aperfeiçoa a cultura de trabalho, salvaguarda os *standards*, facilita a consecução de metas e a gestão do risco; relativamente ao cliente, identifica benefícios diretos que remetem para o facto de os clientes receberem cuidados de profissionais com melhor nível de desenvolvimento (mais conhecimento e competências), e os benefícios indiretos de uma equipa com elevada confiança.

McColgan e Rice (2012) entendem que a supervisão é importante na medida em que torna a prática reflexiva uma realidade. Essa prática reflexiva envolve três áreas:

- restaurativa - focalizada na forma como os enfermeiros respondem emocionalmente ao stress inerente ao trabalho em ambiente de cuidar; facilita o desenvolvimento da autonomia e autoestima do profissional;
- normativa - focalizada na forma como os enfermeiros mantêm e garantem a eficácia da prática; permite a habilitação dos enfermeiros para identificarem áreas de desenvolvimento profissional e a responsabilidade;
- formativa - focalizada no desenvolvimento do conhecimento, competências e atitudes dos enfermeiros, através da resolução de problemas e do pensamento divergente, usando um modelo reflexivo (p. 37).

Não obstante a importância atribuída à SCE, os enfermeiros entenderam que esta está dependente dos intervenientes, principalmente no que ao supervisor e supervisionado diz respeito:

A supervisão depende um bocado das pessoas; se calhar também depende do supervisionado e do supervisor; depende do grupo onde se está a querer implementar a supervisão, depende muito disso também. E10CH; Se por acaso, o supervisor tem qualidade, competência, acaba por passar a utilidade da supervisão ao supervisionado e corre tudo bem. E15CH; Portanto,

a importância da supervisão depende do supervisor e depende da maneira como trata a supervisão. (...) E3CH.

Muitas das políticas e relatórios produzidos no âmbito da SCE apontam as funções e papéis do supervisor e do supervisionado na SCE e na forma como se desenrola o processo, sendo-lhe atribuída tanta mais importância quanto mais eficaz for o processo e a consecução dos seus objetivos (Winstanley & White, 2003; Hull, 2014; NHS, 2014).

Martin et al. (2017) também referem que para que a SC seja efetiva, há fatores inerentes à seleção do supervisor que devem ser tidos em conta, pois as evidências mostram que para se conseguir uma SC correta, é fundamental ser feita com as pessoas certas.

O estudo de White e Winstanley (2010) revelou que a disposição pessoal dos gestores intermédios emergiu como o principal fator a influenciar substancialmente o resultado da supervisão. Em função da disposição individual dos gestores, que variou de entusiasta para insuficiente e hostil e resistente, o processo de SC foi facilitado ou dificultado, respetivamente.

# CONCLUSÃO

As representações dos enfermeiros incidiram sobre o conceito, o processo e a importância da SCE. Estas remetem para uma compreensão da SCE como um conceito ao qual atribuíram significados positivos e negativos; um processo relacionado com a formação e desenvolvimento profissional, interação e relação, garantia da qualidade e segurança dos cuidados; e atribuíram à SCE uma importância que estabelece relação com as três principais funções da SC, formativa, restaurativa e normativa (Figura 10).

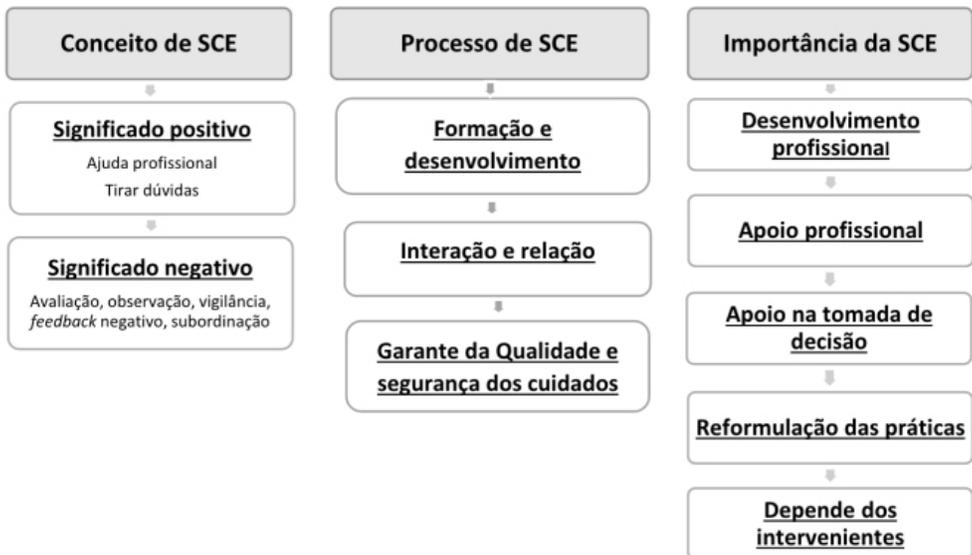


Figura 10 - Síntese das representações dos enfermeiros sobre a SCE.

Quanto ao conceito de SCE concluiu-se que foram atribuídos significados positivos como a ajuda profissional e o colmatar de dúvidas, e negativos, de avaliação, observação, vigilância, *feedback* negativo e subordinação.

Relativamente ao processo de SCE, consideraram que este integra uma componente formativa e de desenvolvimento profissional com funções de ensino, reflexão sobre as práticas, apoio profissional, observação e análise das práticas, orientação na atualização do conhecimento; uma

componente de interação e relação, com funções inerentes à promoção da relação supervisiva e do apoio emocional do supervisionado; e uma componente de garantia da qualidade e segurança dos cuidados, com funções de incremento da qualidade das práticas, da segurança dos cuidados e da garantia dos padrões de qualidade organizacional.

Estas três componentes da SCE identificadas, correspondem às três funções interativas da SC dos modelos de Proctor (1986) e Nicklin (1997).

A SCE foi considerada importante para o desenvolvimento e apoio profissional, para o apoio na tomada de decisão e na resolução de problemas, e na reformulação das práticas. No entanto, esta importância foi considerada subordinada aos atores intervenientes no processo, ou seja, a SCE é adequada se envolver as pessoas certas.

Conhecer as representações de enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre a supervisão clínica em enfermagem é fundamental para a conceção do programa de SCE a implementar neste contexto de saúde, pois só assim este lhes fará sentido.

# REFERÊNCIAS

- Abiddin, N. (2008). Exploring clinical supervision to facilitate the creative process of supervision. *The Journal Of International Social Research*, 1, 13-33.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W., & Marrow, C. (2012). Clinical supervision in nursing practice: a comparative study in Portugal and the United Kingdom. *SANARE*, 11, 16-24.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (1987). *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (1ª ed.). Coimbra: Livraria Almedina.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Allan, R., McLuckie, A., & Hoffecker, L. (2017). Effects of clinical supervision of mental health professionals on supervisee knowledge, skills, attitudes and behaviour, and client outcomes: protocol for a systematic review. *The Campbell Collaboration*, 13(1), 1-44.
- Arroteia, J. C. (2008). *Educação e desenvolvimento: fundamentos e conceitos*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Comissão Editorial.
- Bernard, J., & Goodyear, R. (1998). *Fundamentals of clinical supervision* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Bernard, J., & Goodyear, R. (2014). *Fundamentals of Clinical Supervision* (5th ed.). Boston: Pearson Education, Inc.
- Bertman, S. (1991). *Facing Death*. New York: NY Hemisphere.
- Best, D. (2008). *Clinical supervision and Leadership in community health. Literature review*. Clinical Supervision and Leadership Working Party, Victorian healthcare association, Department of Human Services, Eastern.
- Bishop, V. (1998). Clinical supervision: what's going on? Results of a questionnaire. *Nursing Times*, 94(18), 50-53.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Bond, M., & Holland, S. (1998). *Skills of Clinical Supervision for Nurses*. Buckingham: Open University Press.
- Bond, M., & Holland, S. (2010). *Skills of Clinical Supervision for Nurses: A Practical Guide for Supervisees, Clinical Supervisors, and Managers* (2nd ed.). New York, USA: Open University Press.
- Borges, P. (2013). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em Enfermagem: perspetivas dos supervisores*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (1991). Story as a link between nursing practice, ontology, epistemology. *The Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 245-248.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: experiments by nature and design*. Cambridge: Mass, Harvard University Press.

Brunero, S., & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 86-94.

Burrow, S. (1995). Supervision: Clinical development or management control. *British Journal of Nursing*, 4(15), 879-882.

Burns, N., & Grove, S. (2004). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization* (5th ed.). Philadelphia, Pennsylvania, USA: W. B. Saunders.

Butterworth, T. (1997). *It Is Good To Talk: an evaluation Study in England and Scotland*. University of Manchester, School of Nursing, Midwifery and Health Visiting.

Butterworth, T., & Faugier, J. (1992). *Clinical supervision and Mentorship in Nursing*. London: Chapman & Hall.

Butterworth, T., & Woods, D. (1998). *Clinical Governance and Clinical Supervision Working Together to Ensure Safe and Accountable Practice*. University of Manchester, School of Nursing, Midwifery and Health Visiting, Manchester.

Butterworth, T., Bell, L., Jackson, C., & Pajnikihar, M. (2008). Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001–2007. *Nurse Education Today*, 28(3), 264-272.

Byers, B. K. (1999). *The lived experience of registered nurses, 1930-1950: A phenomenological study*. Ed.D. Doctoral Dissertation Research, Tech University, Texas.

Canário, R. (1994). Centros de formação das associações de escolas: que futuro? Em A. Amiguiño, & R. Canário, *Escolas e mudança: o papel dos centros de formação*. Lisboa: Educa.

Carvalho, J. (2012). *Supervisão Clínica em Enfermagem: uma análise exploratória no contexto de uma UCI Neurocríticos*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Cheater, F., & Hale, C. (2001). An evaluation of a local clinical supervision scheme for practice nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10(1), 119-131.

Community Health Oxfordshire. (2010). *Clinical supervision policy*. Community Health Oxfordshire, National Health Service, Oxfordshire.

Cottrell, S. (2001). *Teaching study skills and supporting learning*. Basingstoke, UK: Palgrave.

Cottrell, S. (2002). Suspicion, resistance, tokenism and mutiny: problematic dynamics relevant to the implementation of clinical supervision in nursing. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing*, 9(6), 667-671.

Cross, W., Moore, A., & Ockerby, S. (2010). Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital. *Contemporary Nurse*, 35(2), 245-253.

Cruz, S. (2012). *Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

- Cruz, S., Carvalho, L., & Sousa, P. (2012). Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. *Procedia-Social and Behavioral Science*, 69, 864-873.
- Cutcliffe, J., & Lowe, L. (2005). A comparison of North American and European conceptualizations of clinical supervision. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(5), 475-488.
- Cutcliffe, J., Epling, M., Cassedy, J., & McGregor, J. (1998). Ethical dilemmas in clinical supervision 1: need for guidelines. *British Journal of Nursing*, 7(15), 920-923.
- Darley, G. (2001). Demystifying supervision. *Nursing management*, 7(10), 18-21.
- Department of Health. (1991). *Allitt Inquiry*. London: HMSO.
- Department of Health. (1993). *A Vision for the Future. Report of the Chief Nursing Officer. The Stationery Office, London*. London: The Stationery Office.
- Department of Health. (1998). *The New NHS: Modern and Dependable (Session 1997-98: Cm3807)*. London: HMSO.
- Department of Health. (2000). *Guidelines on implementing Clinical Supervision for nurses, midwives and health visitors*. South Durham Health Care NHS Trust, Department of Health.
- Department of Health (2013). *Clinical Supervision Policy. Clinical Supervision Version 2.0* May. NHS, Royal Cornwall Hospitals, NHS Trust.
- D'Espiney, L. (1997). Formação inicial/formação contínua dos enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. Em R. Canário, *Formação e situações de trabalho* (169-188). Porto: Porto Editora.
- Dewey, J. (1910). *How We Think: A Restatement of Reflective Thinking to the Educative Process*. Boston: D. C. Heath & Co.
- Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B., & Turner, J. (2013). Finding a way forward: A literature review on the current debates around clinical supervision. *Contemporary Nurse*, 45(1), 22-32.
- Dixon, G. D. (2004). Clinical Supervision: A Key to Treatment Success. *Southern Coast Beacon*, 1-4. [http://www.scattc.org/pdf\\_upload/Beacon004.pdf](http://www.scattc.org/pdf_upload/Beacon004.pdf)
- Driscoll, J. (2000). APPENDIX 16: Clinical Supervision by John Driscoll. Em *Bailliere's Nurses' Dictionary* (23rd ed., 558-562). London: Bailliere-Tindall (in association with the Royal College of Nursing).
- Dye, A. (1994). *The supervisory relationship*. ERIC Digest.
- Evans, C., & Macroft, E. (2015). Clinical supervision in a community setting. *Nurse Times*, 111(22), 16-18.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Monitor.
- Francis, A., & Bulman, C. (2019). In what ways might group clinical supervision affect the development of resilience in hospice nurses? *International Journal of Palliative Nursing*, 25(8), 387-396.

- Frid, I., Ohlen, J., & Bergbom, I. (2000). On the use of narratives in nursing research. *Journal Advanced Nursing*, 32(3), 695-703.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Fowler, J. (1995). Nurses perceptions of the elements of good supervision. *Nursing Times*, 91(22), 33-37.
- Fowler, J. (1996). The organisation of clinical supervision within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 471-478.
- Freeman, C. (2005-2006). *Clinical Supervision Guidelines for Registered Nurses*. Birkenhead and Wallasey Primary Care Trust, National Health System UK, [http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Guidelines%20\(Birkenhead%20&%20Wallasey%20PCT%20-%20UK%202005\).pdf](http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Guidelines%20(Birkenhead%20&%20Wallasey%20PCT%20-%20UK%202005).pdf)
- Gallon, S. (2005). Clinical Supervision - Part 1. Models of Clinical Supervision. *NFATTC Addiction Mesanger. Ideas for Treatment Improvement*, 8. (M.A. Bryan, Ed.).
- Garrido, A., Simões, J., & Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Goldhammer, R., Anderson, R. H., & Krajewski, R. J. (1980). *Clinical Supervision-Special Methods for the Supervision of Teachers*. USA: Holt, Rinehart and Winston.
- Gonge, H., & Buus, N. (2015). Is it possible to strengthen psychiatric nursing staff's clinical supervision? RCT of a meta-supervision intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 909–921.
- Gorzanski, C. (1997). Raising the standards through supervision. *Modern Midwife*, 7, 11-14.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1988). Do inquiry paradigms imply inquiry methodologies? . Em D. M. Fetterman, *Qualitative approaches to evaluation in education: The silent scientific revolution* (p. 89-115). London: Praeger.
- Hawkins, P., & Shohet, R. (1996). *Getting the support and supervision you need: supervision in the helping professions*. Buckingham: Open University Press.
- Holloway, E. (1995). *Clinical supervision: a systems approach*. USA: Sage Publications.
- Hyrkäs, K. (2005). Clinical supervision, burnout and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(5), 531-556.
- Hyrkäs, K., Koivula, M., & Paunonen-Ilmonen, M. (1999). Clinical supervision in nursing in the 1990s - current state of concepts, theory and research. *Journal of Nursing Management*, 7(3), 177-187.
- Hyrkäs, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 492-502.
- Hyrkäs, K., Lehti, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Cost-benefit analysis of team supervision: the development of an innovative model and its application as a case study in one Finnish university hospital. *Journal of Nursing Management*, 9(5), 259-268.

- Hyrkäs, K., Koivula, M., Lehti, K., & Pounonen-Ilmonen, M. (2003). Nurse managers' conceptions of quality management as promoted by peer supervision. *Journal of Nursing Management*, 11(1), 48–58.
- Hyrkäs, K., Appelquist-Schmidlechner, K., & Kivimäki, K. (2005). First-line managers' views of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in health care? *Journal of Nursing Management*, 13(3), 209-220.
- Hyrkäs, K., & Shoemaker, M. (2007). Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors' perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 513-524.
- Hull, P. (2016). *Clinical supervision policy. A statement of good practice. Version: 3*. Clinical Supervision Policy, Southern Health, NHS Foundation Trust.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses - ICN*) (2014). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- Inskipp, F., & Proctor, B. (2001). *Making the Most of Supervision. Part 1*. Twickenham: Cascade.
- Jones, A. (1998). Clinical supervision with community Macmillan nurses: some theoretical suppositions and case work reports. *European Journal of Cancer Care*, 7(1), 63-69.
- Jones, A. (1999). Clinical supervision for clinical practice. *Nursing Standard*, 14(10), 42-44.
- Jones, A. (2003). Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision. *European Journal of Cancer Care*, 12(3), 224-232.
- Kelly, B., Long, A., & McKenna, H. (2001). Clinical supervision: Personal and professional development or the nursing novelty of the 1990's. Em J. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Proctor, *Fundamental themes in clinical supervision*. London & New York: Routledge.
- Koivu, A., Saarinen, P., & Hyrkäs, K. (2011). Stress relief or practice development: varied reasons for attending clinical supervision. *Journal of Nursing Management*, 19(5), 644-654.
- Koivu, A., Saarinen, P., & Hyrkäs, K. (2012). Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2567-2578.
- Kron, T. (1983). *Liderazgo y administracion en enfermeria* (5ª ed.). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Kühne, F., Maas, J., Wiesenthal, S., & Weck, F. (2019). Empirical research in clinical supervision: a systematic review and suggestions for future studies. *BMC psychology*, 7(1), 54.
- Long, C., Harding, S., Payne, K., & Collins, L. (2014). Nursing and health-care assistant experience of supervision in a medium secure psychiatric service for women: implications for service development. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 21(2), 154-162.
- Lyth, G. (2000). Clinical supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 722-729.
- MacLaren, J., Stenhouse, R., & Ritchie, D. (2016). Mental health nurses' experiences of managing work-related emotions through supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2423–2434.

- Magnusson, A., Lützén, K., & Severinsson, E. (2002). The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness in Sweden. *Journal of Nursing Management*, 10(1), 37-45.
- Markey, K., Murphy, L., O'Donnell, C., Turner, J., & Doody, O. (2020). Clinical supervision: A panacea for missed care. *Journal of Nurse Management*, 28(8), 2113-2117.
- Marrow, C. E., Hollyoake, K., Hamer, D., & Kenrick, C. (2002). Clinical supervision using video-conferencing technology: a reflective account. *Journal of Nursing Management*, 10(5), 275-282.
- Martin, F., & Cannon, W. (2010). The necessity of a philosophy of clinical supervision. *VISTAS on Line - American Counseling Association*. EUA.
- Martin, P., Kumar, S., & Lizarondo, L. (2017). When I say ... clinical supervision. *Medical Education*, 51(9), 890-891.
- McCallion, H., & Baxter, T. (1995). Clinical supervision. *Nursing Management*, 1, 20-21.
- McColgan, K., & Rice, C. (2012). Clinical supervision: the development of an online resource for supervisee training. *Nursing Standard*, 26(24), 35-39.
- Mills, E., Francis, L., & Bonner, A. (2005). Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. *Rural & Remote Health*, 5(3), 1-10.
- Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 437-447.
- Moseley, L., & Davies, M. (2008). What do mentors find difficult? *Journal Clinical Nursing*, 17(12), 1627-1634.
- Morse, J. (1998). Designing funded qualitative research. Em N. Denzin, & Y. S. Lincoln, *Strategies of qualitative research* (p. 56-85). London: Sage.
- Morse, J. M. (2007). *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Myall, M., Jones, T., & Lathlean, J. (2008). Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1834-1842.
- National Health System (2009). Clinical Supervision Guideline for Nursing & Allied Health Professionals. No 179. (Ayrshire and Arran, NHS, Ed.) Ayrshire, United Kingdom.
- National Health Service (2014). *Policy: C16. Clinical supervision for nurses*. West London Mental Health NHS Trust.
- National Health Service (2016). *Clinical Supervision Policy*. Leicestershire Partnership NHS Trust, Leicestershire.
- National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2008). *Clinical supervision A Structured Approach to Best Practice*. NCNM, Dublin.
- Nicklin, P. (1997). A practice-centred model of clinical supervision. *Nursing Times*, 93(46), 46-52.

- Northcott, N. (2000). *Clinical Supervision – Professional Development or Management*. Em J. Spouse, & L. Redfern, *Successful Supervision in Health Care Practice*. Oxford: Blackwell Sciences.
- O'Connor, A., Hyde, A., & Treacy, M. (2003). Nurse Teachers' Constructions of Reflection and Reflective Practice. *Reflective Practice*, 4(2), 107-119.
- Ordaz, O. (2011). O uso das narrativas como fonte de conhecimento em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 15(1), 70-87.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). Reflexões. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Obtido em 1 de novembro de 2009, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/?pg=eventos\\_comp&id=10&ev=Reflexões](http://www.ordemenfermeiros.pt/?pg=eventos_comp&id=10&ev=Reflexões)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Modelo de desenvolvimento profissional - fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. *Caderno temático*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Dados Estatísticos. EDATA em: 31-12-2016*. Obtido em janeiro de 2017, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016\\_DadosEstatisticos\\_00\\_Nacionais.p](http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016_DadosEstatisticos_00_Nacionais.p)
- Regulamento n.º 366/2018 (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Diário da República, 2.ª série - N.º 113 - 14 de junho de 2018, 16656-16663.
- Pinto, D. (2013). *Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Pires, R. (2004). *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Playle, J., & Mullarkey, K. (1998). Parallel process in clinical supervision: enhancing learning and providing support. *Nurse Education Today*, 18(7), 558-566.
- Pllat-Koch, L. (1986). Clinical supervision for psychiatric nurses. *Journal Psychosocial Nursing Mental Health Services*, 24(1), 6-15.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Porter, N. (1997). Clinical supervision: the art of being supervised. *Nursing Standard*, 11(45), 44-45.
- Porto Editora. (2015). Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. *Infopédia Dicionários Porto Editora*. Porto: Porto Editora. Obtido em 19 de 01 de 2015, de <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/>
- Powell, D., & Brodsky, A. (2004). *Clinical Supervision in Alcohol and Drug Abuse Counseling: Principles, Models, Methods*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Proctor, B. (1986). Supervision: a co-operative exercise in accountability. In M. Marken & M., Payne (eds), (21–34). National Youth Bureau, Council for Education and Training in Youth and Community Work.

- Reis Santos, M., Pires, R., & Sardo, D. (2011). Supervisão clínica em Enfermagem: a importância da formação. Em U. d.-E. EsenfC (Ed.), *Referência. Suplemento actas de comunicações da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem*. 4, 320. Coimbra: Referência nº4 III série, setembro, Suplemento actas de comunicações da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem.
- Rodrigues, S. (2010). *Supervisão em enfermagem neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Rogan, E. (2009). Preparation of nurses who precept baccalaureate nursing students: a descriptive study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(12), 565-570.
- Ronnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (1993). Supervision of beginning and advanced graduate students of counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling and Development*, 71, 396-405.
- Royal College of Nursing (2003). *Clinical supervision in the workplace. Guidance for occupational health nurses* (2ª ed.). Cavendish Square, London: Royal College of Nursing.
- Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Edições CIDInE.
- Sandelowski, M. (1991). Telling Stories: Narrative approaches in qualitative research. *The Journal of Nursing Scholarship*, 23(3), 161-166.
- Schoenwald, S., Sheidow, A., & Chapman, A. (2009). Clinical supervision in treatment transport: Effects on adherence and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 410-421.
- Schön, D. (1987). Educating the reflective practitioner. *Donald Schön's presentation to the 1987 meeting of the American Educational Research Association*. Washington: DC.
- Serafini, O., & Pacheco, J. (1990). A observação como elemento regulador da tomada de decisões: a proposta de um instrumento. *Revista Portuguesa de Educação*, 3(2), 1-20.
- Severinsson, E. (1996). Nurse supervisors\_ views of their supervisory styles in clinical supervision: a hermeneutical approach. *Journal of Nursing Management*, 4(4), 191-199.
- Severinsson & Hallberg, 1996
- Severinsson, E. (2001). Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*, 8(1), 36-44.
- Severinsson, E., & Borgenhammar, E. (1997). Expert views on clinical supervision: a study base don interviews. *Journal of Nursing Management*, 5(3), 175-183.
- Sloan, G. (1999). Understanding clinical supervision from a nursing perspective. *British Journal of Nursing*, 8(8), 524-529.
- Sloan, G. (2006). *Clinical supervision in mental health nursing*. John Wiley & Sons.
- Sloan, G., & Watson, H. (2002). Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing Standard*, 17(4), 41-46.

- Snowdon, D., Leggat, S., & Taylor, N. (2017). Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 786-92.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2<sup>a</sup> ed.). London: SAGE Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada* (2<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Tavares, J. (1993). *Dimensão pessoal e interpessoal na formação*. Aveiro: CIDInE: Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional.
- Tavares, J. (2013). *Políticas de supervisão clínica em enfermagem em serviços de pediatria*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Todd, G., & Freshwater, D. (1999). Reflective practice and guided discovery: clinical supervision. *British Journal of Nursing*, 8(20), 1383-1389.
- Tomlinson, J. (2015). Using clinical supervision to improve the quality and safety of patient care: a response to Berwick and Francis. *BMC Medical Education*, 15(1), 103-110.
- Tveiten, S. (2005). Evaluation of the concept of supervision related to public health nurses in Norway. *Journal of Nursing Management*, 13(1), 13-21.
- United Kingdom Central Council for Nursing. (1996). *Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and Health Visiting*. NHS, Midwifery and Health Visiting. London: UKCC.
- Vieira, J. (2014). *Identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional: contributo para um programa de supervisão clínica em enfermagem*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Wagner, S., Keane, S., McLeod, B., & Bishop, M. (2008). *A Report: Clinical Supervision for Allied Health Professionals in Rural NSW*. NSW Institute of Rural Clinical Services and Teaching, Lismore.
- Weitzman, E. A. (2000). Software and qualitative research. In N. Denzin and Y. Lincoln (Eds.) *Handbook of qualitative research*, 2nd Ed (pp. 803-820). Thousand.
- White, E., & Winstanley, J. (2006). Cost and resource implications of clinical supervision in nursing: an Australian perspective. *Journal of Nursing Management*, 14(8), 628-636.
- White, E., & Winstanley, J. (2009). Implementation of Clinical Supervision: educational preparation and subsequent diary accounts of the practicalities involved, from an Australian mental health nursing innovation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 895-903.
- White, E., & Winstanley, J. (2010). Does clinical supervision lead to better patient outcomes in mental health nursing? *Nursing Times*, 106(16), 16-18.
- White, E., Butterworth, T., Bishop, V., Carson, J., Jeacock, J., & Clements, A. (1998). Clinical supervision: insider reports of a private world. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 185-192.
- Williamson, G., & Dodds, S. (1999). The effectiveness of a group approach to clinical supervision in reducing stress: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8(4), 338-344.

Winstanley, J., & White, E. (2003). Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, 10(4), 7-32.

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

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

Yegdich, T. (1999). Lost in the crucible of supportive clinical supervision: Supervision is not therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1265-1275.

Yegdich, T. (2001). An Australian perspective on clinical supervision. Em J. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Procter, *In Fundamental Themes in Clinical Supervision* (p. 259-283). London: Routledge.

## **SOBRE AS AUTORAS**

**REGINA PIRES** - Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Doutora em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, na área de especialização de Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem. Mestre em Supervisão pela Universidade de Aveiro. Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Investigadora integrada do Grupo NursID do CINTESIS (Center for Health Technology and Services Research). Áreas de investigação e desenvolvimento – Enfermagem; Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria; Supervisão clínica; Mentoria; Formação e Educação; Gestão dos Serviços de Saúde; Gestão de Pessoas. Integrou a equipa de vários projetos de investigação nacionais e internacionais. Publicação de vários artigos em revistas internacionais e nacionais

**MARGARIDA REIS SANTOS** - Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Doutora em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto. Mestre em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto. Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Coordenadora da Especialidade e Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Membro da Comissão Científica do Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto. Investigadora integrada do Grupo NursID do CINTESIS (Center for Health Technology and Services Research). Áreas de investigação e desenvolvimento – Enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Enfermagem de Família; Enfermagem Transcultural; Adolescência; Supervisão clínica; Formação e Educação; Gestão dos Serviços de Saúde; Gestão de Pessoas. Integrou a equipa de vários projetos de investigação nacionais e internacionais. Publicação de vários artigos em revistas internacionais e nacionais

# Supervisão clínica em enfermagem

Representações de enfermeiros  
dos cuidados de saúde primários

---

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# Supervisão clínica em enfermagem

Representações de enfermeiros  
dos cuidados de saúde primários

---

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)