



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

**O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Sílvia Mota Francisco Prazeres

Coimbra, setembro de 2024



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

**O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Sílvia Mota Francisco Prazeres

Orientador: Professor Doutor Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves. Professor
Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora Teresa Margarida Almeida Neves, Professora Adjunta,
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem - Área de Especialização em Gestão de
Unidades de Cuidados

Coimbra, setembro de 2024

“Se continuarmos a fazer o que sempre fizemos,
continuaremos a obter os resultados que sempre obtivemos”

Seldon Wtaker

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso, muitos têm sido aqueles que me foram encorajando e apoiando em direção a uma meta há muito desejada. É hora de agradecer a todos aqueles que, de alguma forma, me acompanharam contribuindo para o seu sucesso.

Ao meu orientador, Professor Doutor Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves, agradeço a motivação, visão e orientação nas minhas dificuldades. A sua colaboração enriqueceu o meu trabalho e a minha aprendizagem.

À Professora Doutora Teresa Margarida Almeida Neves, que na função de coorientadora, me acompanhou com dedicação, agradeço cada momento de partilha de conhecimento.

Aos enfermeiros participantes, pela cooperação nesta investigação.

À minha família, pelo apoio e incentivo constante, desejando tanto como eu o meu êxito.

A todos a minha gratidão e reconhecimento.

RESUMO

A Enfermagem tem-se caracterizado pela constante recriação do seu agir profissional e boas práticas, nomeadamente nos processos de integração e de supervisão clínica, acompanhando o desenvolvimento da ciência de enfermagem.

Os objetivos deste estudo centram-se em compreender as dinâmicas decorrentes do processo de integração de enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica em contexto de urgência obstétrica e bloco de partos e identificar, na perceção dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica, os aspetos influentes na sua integração em contexto de urgência obstétrica e bloco de partos. Este estudo caracterizou-se por ser de natureza qualitativa do tipo exploratório-descritivo. Elegeu-se a entrevista semi-estruturada para a recolha de dados, direcionada a enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica de uma Unidade Local de Saúde da região centro de Portugal. A análise de conteúdo às seis entrevistas realizadas seguiu a metodologia proposta por Bardin. Desta análise, emergiram quatro domínios: perceções e vivências durante o processo de integração; o enfermeiro supervisor clínico e o enfermeiro gestor. Os resultados evidenciam, na perceção das participantes, que a integração no serviço de urgência obstétrica e bloco de partos tem sido deficitária, sendo raro implementar um plano previamente organizado e estruturado, com uma duração adequada à complexidade do contexto e individualizado. Foi consensual para todos os participantes a importância da supervisão clínica, com a finalidade de se obter uma transição socioprofissional segura. Contudo, este processo tem sido negligenciado e delegado aos profissionais distribuídos. A análise de conteúdo das entrevistas evidencia o caos inicial vivenciado durante o processo de integração, expressado por medo e sentimentos de insegurança e stresse, resultado do exercício profissional em ambientes de trabalho complexos e da insuficiente integração dos profissionais recém-chegados. A proatividade no processo de integração é uma estratégia amplamente adotada. Há ainda que considerar, a importância do enfermeiro gestor, enquanto peça fulcral na implementação efetiva de um processo de integração de novos elementos no serviço.

Esperamos que este estudo contribua para disseminar conhecimento relativo ao processo de integração e reforce a importância da inclusão da supervisão clínica na cultura organizacional.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Enfermeiro Gestor; Supervisão Clínica; Integração.

ABSTRACT

Nursing has been characterized by the constant recreation of its professional actions and best practices, particularly in the processes of integration and clinical supervision, keeping pace with the development of nursing science.

The objectives of this study focus on understanding the dynamics arising from the integration process of specialist nurses in maternal and obstetric health within the context of obstetric emergency and delivery room settings. Additionally, it aims to identify, from the perspective of these specialist nurses, the factors influencing their integration in the obstetric emergency and delivery room environments. This study is qualitative in nature, with an exploratory-descriptive approach. The semi-structured interviews were chosen for data collection, targeting specialized maternal health and obstetric nurses from a Local Health Unit in Portugal. The content analysis of the six interviews conducted followed the methodology proposed by Bardin. From this analysis, four domains emerged: perceptions and experiences during the integration process; the clinical supervisor nurse and the manager nurse. The results highlight, from the participants' perspective, that the integration into the obstetric emergency service and delivery room has been inadequate, with the implementation of a previously organized and structured plan being rare. It was observed that a previously organized and structured plan, with a duration appropriate to the complexity of the context and individualized, is rarely implemented. All participants agreed on the importance of clinical supervision to ensure a safe socio-professional transition; however, this process has been neglected and delegated to scheduled professionals. The content analysis of the interviews reveals the initial chaos experienced during the integration process, expressed through fear and feelings of insecurity, and stress, resulting from professional practice in complex work environments and the insufficient integration of newly arrived professionals. Proactivity in the integration process is a widely adopted strategy. Moreover, the importance of the managing nurse as a key figure in the effective implementation of the integration process for new members in the service must be considered.

We hope this study contributes to the dissemination of knowledge regarding the integration process and reinforces the importance of including clinical supervision in the organizational culture.

Keywords: Specialist Nurse; Manager Nurse; Clinical Supervision; Integration.

ABREVIATURA ACRÓNIMOS E SIGLAS

APEGEL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

BP – Bloco de Partos

DL – Decreto-Lei

DOI – Digital Object Identifier

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

n. – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RH – Recursos Humanos

s.d. – sem data

SC – Supervisão Clínica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

UO – Urgência Obstétrica

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.....	46
TABELA 2. Percepções sobre o processo de integração.....	53
TABELA 3. Vivências durante o processo de integração.....	57
TABELA 4. O enfermeiro supervisor clínico	60
TABELA 5. O enfermeiro gestor	64

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I - REVISÃO DA LITERATURA	14
1. DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM	15
1.1. A CARREIRA DE ENFERMAGEM	15
1.2.O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	18
1.3. O ENFERMEIRO GESTOR.....	19
1.4. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....	20
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM	23
2.1. COMPETÊNCIA ACRESCIDA AVANÇADA EM GESTÃO	25
2.2. COMPETÊNCIA ACRESCIDA EM SUPERVISÃO CLÍNICA	26
3. GESTÃO DE PESSOAS E PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	29
3.1. BOAS PRÁTICAS NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	30
3.2. CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS GESTOR E SUPERVISOR CLÍNICO NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO.....	32
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	35
4. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	36
4.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	36
4.2. TIPO DE ESTUDO	38
4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	39
4.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	40
4.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS	41
4.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	42
5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL	45
5.2 PERCEÇÕES SOBRE O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO.....	46
5.3 VIVÊNCIAS DURANTE O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	53

5.4. O ENFERMEIRO SUPERVISOR CLÍNICO	58
5.5 O ENFERMEIRO GESTOR.....	60
CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer Nº 1007_01_2024 da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Guião da entrevista

APÊNDICE 2 – Declaração de consentimento para participação no estudo

INTRODUÇÃO

A instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1979, através da Lei n. 56/79 de 15 de setembro (1979), declara o compromisso do Estado português de garantir o direito à proteção da saúde, assegurando o acesso ao SNS a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social. Contudo, já antes da criação do SNS existiam serviços que prestavam cuidados de saúde à população, cuidados que eram assegurados por instituições privadas das misericórdias, bem como por instituições públicas em que o Estado se responsabilizava pela assistência aos doentes economicamente mais desfavorecidos (Sakellarides et al., 2006). Neste processo pela defesa de uma verdadeira intervenção social e financeira do Estado surge a revisão da Constituição Portuguesa, em 1989, e o SNS passa a ser normativamente considerado universal, geral e tendencialmente gratuito. Estas mudanças foram decisivas para a melhoria da saúde da população e a esperança de vida aproximou-se da média europeia (Crisp, 2015).

No entender de Sousa (2009), um dos pontos fulcrais da reforma da saúde em Portugal registou-se em 1990, com a publicação da Lei de Bases da Saúde, que define o sistema de saúde português como uma estrutura que tem por objetivo a efetivação do direito à proteção da saúde. Com esta reforma “A saúde passa a ser da responsabilidade não só do Estado, mas também de cada indivíduo e das iniciativas sociais e privadas” (Sousa, 2009, p. 893). Na perspetiva de Dias (2014) assistimos mundialmente a uma mudança no paradigma estratégico da gestão de cuidados em saúde, existindo por parte das organizações de saúde uma preocupação crescente na melhoria da prestação dos cuidados de saúde, baseada em estratégias de gestão da qualidade, nos princípios da segurança do doente, no conhecimento da relação entre a oferta e procura, bem como nos pilares da eficiência económica e financeira. Na opinião do professor Manuel Antunes (2019), o SNS deverá continuar a ser o pilar da prestação de cuidados de saúde aos portugueses, mas é efetivamente ao nível da gestão que se concentram os principais problemas, e argumenta que é necessária uma melhor gestão para aumentar a sua produtividade.

Acompanhando este paradigma, as práticas de gestão de pessoas enquanto sistemas formais concebidos para a gestão do capital humano de uma organização constituem uma fonte de vantagem competitiva, contribuindo com práticas estrategicamente planeadas para a difusão e interiorização da visão, missão e objetivos da organização, ao mesmo tempo, que asseguram o impacto positivo em termos de produtividade e consistência performativa (Mitosits et al., 2021).

No entender de Becker e Bish (2021) para que o capital humano de uma empresa ou instituição constitua uma mais-valia, o primeiro passo a merecer atenção é o acolhimento e

integração eficaz, para que haja entrosamento e complementaridade entre os objetivos organizacionais e as expectativas dos novos elementos. Reforçam ainda que um programa de acolhimento e integração bem estruturado oferece a oportunidade de usufruir do retorno do investimento realizado no colaborador no momento da sua admissão.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017), sustenta que o processo de integração é determinante para o sucesso da adaptação do enfermeiro ao serviço e organização a vários níveis.

Verifica-se que na área da saúde, a enfermagem tem um papel muito importante na determinação de políticas de saúde e na promoção de mudanças organizacionais, pelo que a existência de líderes de excelência nessa área é fundamental (Leitão, 2013). O enfermeiro gestor lidera um dos maiores grupos profissionais da saúde, sendo que “O exercício de uma liderança eficaz na enfermagem contribui para a promoção de um ambiente harmónico, qualidade nos serviços prestados e nas relações, de modo a atingir as metas, objetivos e em última análise, ganhos em saúde” (Leitão, 2013, p.79).

Inserido no processo de desenvolvimento e valorização profissional, a OE define as competências acrescidas avançadas como “os conhecimentos, habilidades, e atitudes que dão resposta às necessidades, nos diversos domínios de intervenção, acrescentando, às competências de enfermeiro especialista, a perícia fruto da complexidade permanente dos conhecimentos, práticas e contextos numa área de intervenção avançada” (Regulamento n. 76/2018 de 30 de janeiro, 2018, p. 3478). No Regulamento da competência acrescida avançada em gestão, a OE afirma que “O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (Regulamento n. 76/2018 de 30 de janeiro, 2018, p. 3478), e por isso necessita de ser reconhecido, validado e certificado.

Relativamente ao enfermeiro supervisor clínico, é referido no Regulamento do perfil de competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica (SC) que este profissional “reconhece e demonstra um exercício de supervisão com conduta ética que reflete o seu compromisso social com o bem-estar e segurança da pessoa, bem como a responsabilidade da qualidade e a segurança do ambiente do trabalho” (Regulamento n. 366/2018 de 14 de junho, 2018, p.16659).

Na área de obstetria, nomeadamente em contexto de vigilância do bem-estar materno-fetal e de grávidas em trabalho de parto, dada a complexidade dos cuidados de enfermagem a prestar, os enfermeiros necessitam deter um título de enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO). Na opinião de Bolan et al. (2021), a escassez de profissionais de saúde nas áreas materna e neonatal constituem um grande desafio para a prestação de

cuidados de qualidade às mães e aos recém-nascidos, com significativo impacto negativo no desempenho dos profissionais de saúde, bem como na qualidade dos cuidados. É por isso essencial, a integração adequada dos profissionais recém-admitidos no contexto de forma eficaz, a fim de potencializar o desenvolvimento das suas capacidades de tomada de decisão e a autonomia progressivas.

Neste enquadramento, é essencial conhecer o processo de integração de Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica em contexto de Urgência Obstétrica (UO) e Bloco de Partos (BP), sendo que o enfermeiro que assume a função de SC, bem como o enfermeiro gestor, têm um papel determinante neste processo.

A temática desta investigação, relaciona-se, assim, com a prática profissional no âmbito da integração de novos profissionais, considerando as dificuldades sentidas, as lacunas observadas no contexto da prática clínica e a vontade de contribuir para a sua melhoria, pois de acordo com Reis (2018) “o propósito da investigação consiste na solução ou contribuição para a solução desse problema (...) indicar um interesse num assunto, sobre o qual se procuram respostas, no sentido de melhorar o que já existe (p.67)”.

Dada a importância desta temática, esta dissertação, desenvolvida no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Gestão de Unidade de Cuidados, visa dar resposta à questão de investigação “qual a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica sobre o seu processo de integração?”

Por forma a responder à questão de investigação, consideram-se os seguintes objetivos gerais: compreender as dinâmicas decorrentes do processo de integração de EESMO em contexto de UO e BP; identificar, na perceção dos EESMO, os aspetos influentes na sua integração em contexto de UO e BP.

A nível metodológico, tendo em conta os objetivos realizou-se um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório-descritivo. Com o objetivo de responder à questão de investigação, recorreu-se à entrevista semi-estruturada, com posterior aplicação da metodologia de análise de conteúdo de Bardin. A entrevista foi direcionada a EESMO, com esta especialidade há menos de dois anos e que tenham sido integrados na UO e BP no exercício de funções especializadas.

Estruturalmente o trabalho encontra-se organizado em duas partes, sendo a primeira a revisão da literatura, seguindo-se a investigação empírica, apresentação e discussão de resultados.

Na revisão da literatura, apresenta-se o enquadramento concetual que norteou a investigação contemplando autores de referência na área, abordando as temáticas referentes ao desenvolvimento profissional e SC; desenvolvimento de competências em enfermagem e da

gestão de pessoas na saúde, nomeadamente o processo de integração de novos profissionais.

Na parte II desta dissertação é revelada a investigação empírica com o enquadramento da investigação e são explanadas as opções metodológicas: o tipo de estudo; participantes; procedimento de recolha de dados; considerações ético-legais e por último os procedimentos da análise de dados. No final deste trabalho apresenta-se a discussão dos resultados, bem como as principais conclusões deste estudo de investigação.

Espera-se que os resultados obtidos no estudo possam contribuir para otimizar o processo de integração de novos EESMO, traduzindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados no contexto de UO e BP.

A execução deste estudo teve por base as recomendações do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos (Conselho Pedagógico, 2024) e do Guia para a Realização de Citações em Texto e Referências Bibliográficas – Norma APA, 7ª Edição (Centro de Documentação e Informação, 2024) ambos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

PARTE I - REVISÃO DA LITERATURA

1. DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

A profissão de enfermagem tem registado nas últimas décadas uma evolução no que diz respeito ao grau de complexidade e dignificação do seu exercício profissional. A OE, descreve no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que o enfermeiro é um elemento importante face à organização de saúde e deve contribuir para a sua máxima eficácia, devendo o seu desempenho ser pautado pelo conhecimento científico e ética profissional (OE, 2015a).

Nas palavras de Nunes (2003) “Hoje, o suporte científico, técnico e tecnológico dos cuidados é considerável. Os conceitos transformaram-se e as teorias de Enfermagem desenvolveram-se” (p. 351). Importa, segundo a autora refletir acerca do percurso da enfermagem para produzir conhecimento, uma vez que “com experiências passadas também se aprende a melhorar o processo de vivências futuras – e este conhecimento confere mais habilidade, de construção progressiva, para saber gerir uma situação profissional complexa” (Nunes, 2003, p. 352).

1.1. A CARREIRA DE ENFERMAGEM

A enfermagem tem a sua génese nos primórdios dos tempos, com uma prática de cuidados exclusivos da mulher no seio da família e comunidade, com um conhecimento resultante da acumulação de saberes e experiências, que lhe permitia cuidar das pessoas em diversas etapas da vida (Rodrigues, 2001). Ao longo de séculos, foi-se desenvolvendo por mulheres leigas, tendo por base princípios “... religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, humildade (...) os ensinamentos de amor e fraternidade transformaram não só a sociedade, mas também o desenvolvimento da enfermagem, marcando, ideologicamente, a prática de cuidar do outro e modelando comportamentos que atendessem a esses ensinamentos” (Padilha & Mancia, 2005, p.723).

A enfermagem moderna surge na segunda metade do século XIX, em 1854, com Florence Nightingale pela sua participação como voluntária na Guerra da Crimeia. Ao organizar um hospital de campanha, Florence Nightingale dedica-se à análise de fatores e condicionantes que influenciavam a mortalidade e morbilidade dos soldados e a alteração de práticas de enfermagem que implementou permitiu reduzir a mortalidade no hospital de 40% para 2% (Padilha & Mancia, 2005). Este acontecimento constitui um marco no reconhecimento do trabalho de enfermagem.

Neste processo evolutivo da profissão, a enfermagem deparou-se com transformações no seio das organizações hospitalares, que até ao século XVIII era domínio de mulheres que praticavam a caridade, mas que lentamente se deixam subordinar pela classe médica que se

foi apoderando do controlo do hospital em virtude dos conhecimentos médicos (Padilha & Mancia, 2005). Ao longo deste processo, a enfermagem associa-se a uma imagem social de um grupo profissional meramente executor de técnicas e dependente da classe médica, em oposição à ideologia de Florence Nightingale que afirmava que a enfermagem poderia ser respeitada e valorizada como uma profissão fundamentada em conhecimentos científicos (Felli & Peduzzi, 2010; Mateus, 2015).

Contudo, ao longo do século XIX, a enfermagem assume-se no meio hospitalar perante a premente necessidade de organização e ajuste às necessidades sociais da época. O trabalho de enfermagem estruturou-se por três rumos: o cuidado do doente; o ambiente terapêutico com recursos a medidas de higienização e qualidade do ambiente; e por último, focou-se na necessidade de gerir os profissionais de enfermagem, sendo assim lançados os pilares da gestão em enfermagem (Gomes, 1997, conforme citado por Felli & Peduzzi, 2010).

Em 1988, em Portugal, assiste-se também à integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico, passando a ser obrigatório os candidatos possuírem o 12º ano de escolaridade. Ao frequentarem este curso superior, é atribuído aos formandos a equiparação ao grau de Bacharel em Enfermagem (Nunes, 2003). Neste enquadramento, surgem também os Cursos de Estudos Superiores Especializados, que permitem aos bacharéis obter a equivalência ao grau de licenciado para efeitos profissionais e académicos. Na análise de Nunes (2003), compreende-se que “a atribuição de graus académicos por qualquer escola de ensino superior passa a ser determinada pelo simples facto da escola ser politécnica ou universitária, (...) assim, o politécnico confere exclusivamente os graus de bacharel e licenciado” (p. 334).

Após este marco, em 1991, assiste-se a uma nova e importante revisão da carreira de enfermagem, com a publicação do Decreto-Lei (DL) n. 437/91 de 8 de novembro. Neste são definidas três áreas de atuação da carreira de enfermagem: a prestação de cuidados; a gestão; e a assessoria técnica (DL n. 437/91, de 8 de novembro, 1991, artigo 3.º). Este DL prevê ainda vários níveis e categorias da carreira de enfermagem, incluindo as categorias de enfermeiro especialista, e no domínio da gestão, as categorias de enfermeiro chefe, enfermeiro-supervisor e o cargo de enfermeiro diretor.

Contudo, verifica-se que até 1996 o exercício profissional da enfermagem não dispunha ainda de um instrumento jurídico contendo a sua adequada regulamentação, o que foi colmatado com a publicação do REPE no DL n. 161/96 de 4 de setembro. Este regulamento permitiu clarificar conceitos, especificar as competências dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los, definindo, ainda, a responsabilidade, os direitos e os deveres dos enfermeiros. No DL n. 161/96 de 4 de setembro (1996) é estabelecido que:

O enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade (p. 2963).

O Estado Português, no ano de 1998, procede à regulamentação e controlo do exercício profissional da enfermagem em Portugal, através da publicação do DL n 104/98 de 21 de abril (1998) criando a OE e aprovando o seu respetivo Estatuto. Este processo foi influenciado pela participação que os profissionais de enfermagem assumiram na esfera pública e política do país, enquanto “comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de Enfermagem” (DL n. 104/98 de 21 de abril, 1998, p. 1739).

Este novo enquadramento da profissão veio permitir que “em 1999 a formação pré-graduada em Enfermagem passasse a ser assegurada pelo Curso de Licenciatura em Enfermagem (quatro anos), com um acréscimo significativo de competências ao nível da gestão de serviços de saúde, formação e investigação em Enfermagem” (OE, 2008, p.6).

Em 2009, a publicação do DL n. 248/2009 de 22 de setembro (2009), reorganiza a carreira em somente duas categorias: a de enfermeiro e a de enfermeiro principal, desaparecendo assim a referência à categoria de enfermeiro especialista e chefe. A progressão na carreira, segundo este DL, seria por concurso, contudo, a nomeação do enfermeiro principal, para exercer funções de direção e chefia nas organizações do SNS, seria efetuada por nomeação pelo órgão de administração e por proposta da direção de enfermagem. Não obstante a não existência de enfermeiros principais, porque não foram realizados concursos para ingresso na nova carreira, os processos de gestão em enfermagem foram desempenhados pelos enfermeiros chefes subsistentes e por outros enfermeiros nomeados para a função de gestão conforme previsto legalmente no DL supracitado.

Posteriormente, o DL n. 71/2019 de 27 de maio (2019), introduziu alterações legislativas significativas da estrutura da carreira de enfermagem, passando a contemplar novamente a categoria de enfermeiro especialista e introduzindo a categoria de enfermeiro gestor. Estas duas categorias já previstas no DL n.º 437/91, mas com outra denominação, como é o caso do enfermeiro chefe que passa a designar-se de enfermeiro gestor, tinham sido extintas com o DL n. 248/2009 de 22 de setembro (2009), conforme explicado anteriormente.

De uma perspetiva legal, atualmente a carreira de enfermagem é considerada, em termos estruturais pluricategorial, designadamente: enfermeiro; enfermeiro especialista e enfermeiro gestor (DL n. 71/2019 de 27 de maio, 2019, artigo 2.º, alíneas b e c).

1.2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

No passado, o ofício de “parteira” desenvolvia-se em torno de um conjunto de atividades para assegurar algumas necessidades fundamentais durante a gravidez, parto e pós-parto. Na opinião de Galhardo (2004) surgiu como uma “necessidade social, tomavam conta das mulheres em trabalho de parto, ajudavam no parto e nos cuidados ao filho, contribuindo para o desenvolvimento da vida” (p. 18).

As parteiras são descritas por Collière (1999) como sendo mulheres que se deslocavam de casa em casa, sem acesso a livros ou formação, exercendo durante séculos uma medicina apenas com o seu saber empírico, adquirido pela experiência e transmissão de saber de geração em geração.

Em Portugal, Carneiro (2003), refere que o termo parteira foi amplamente utilizado até ocorrer a integração do curso de formação de parteira no ensino de enfermagem, quando em 1967 as escolas de enfermagem oficiais foram autorizadas a criar cursos de especialização obstétrica para enfermeiras. O Programa destes cursos “foi, na verdade, um marco tanto em termos curriculares como em significado profissionalizante para a afirmação da enfermagem de saúde materna” (Carneiro, 2003, p. 506).

Neste contexto, surgiram outras designações para a atividade de parteira, nomeadamente enfermeira parteira e mais recentemente EESMO, integrada no ramo da especialização em enfermagem com o Curso de Estudos Superiores Especializados ou equivalente legal (Galhardo, 2004).

No site oficial da Comissão Europeia (s.d.), encontra-se referenciada a profissão de parteira, reconhecida internacionalmente por *Midwife*, e é referido que em Portugal essa profissão é exercida pelo EESMO. No nosso país, a formação de EESMO é obrigatoriamente precedida pelo curso de licenciatura em enfermagem, no entanto é entendida como um título sinónimo de parteira, à luz do enquadramento regulador da mobilidade dos profissionais no espaço europeu.

A OE realça que os EESMO detêm o “Título de Enfermeiro o que lhes confere reconhecimento de um corpo de competências gerais que não estão ao alcance das Parteiras, conferindo-lhes uma capacidade de intervenção diferenciada” (OE, 2015b, p. 17), principalmente no que se relaciona com as intervenções em situações patológicas.

Em Portugal, o percurso de formação do enfermeiro candidato à obtenção do título de EESMO “Deve contemplar um Programa Formativo, desenvolvido por uma Instituição de Ensino Superior, Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Saúde, com Plano de Estudos previamente aprovado pela OE” (OE, s.d., p.2).

Na UO e BP o enfermeiro especialista de eleição, inquestionável, é o EESMO, com o predomínio das seguintes competências: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra uterina; diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido; bem como providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitantemente com a gravidez e/ou com o trabalho de parto (Regulamento n. 391/2019 de 3 de maio, 2019).

1.3. O ENFERMEIRO GESTOR

As condições para a admissão à categoria de enfermeiro gestor encontram-se esplanadas em DL, que refere que se faz “de entre enfermeiros especialistas, com três anos de exercício de funções na especialidade correspondente à do serviço ou unidade a que respeita o posto de trabalho a ocupar, e preferencialmente habilitados com formação em gestão de serviços de saúde” (DL n. 71/2019 de 27 de maio, 2019, p.9).

Em referência ao conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor é evidenciado que “para além das funções inerentes às categorias de enfermeiro e de enfermeiro especialista, cujo conteúdo funcional integra, na generalidade, acrescem as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional” (DL n. 71/2019, de 27 de maio, 2019, p. 2628).

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL, 2009) considera que a gestão é uma área de intervenção da enfermagem com uma elevada importância estratégica e primordial para a qualidade dos cuidados prestados em qualquer unidade de saúde.

A liderança das equipas de enfermagem é reconhecida pela OE no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor:

O motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros.” (Regulamento n. 101/2015, de 10 de março, 2015, artigo 3, alínea b, p.5949).

No exercício da sua liderança, é esperado do enfermeiro gestor “... uma influência precisa no clima organizacional, direcionando as condutas e fornecendo condições para que o grupo de

colaboradores exerça suas atividades com compromisso e alinhamento estratégico” assegurando assim uma gestão eficiente e rentável (Balsanelli & Cunha, 2014, p. 942).

A OE (2004) considera que os enfermeiros gestores, tem a seu cargo a implementação de mudanças através de uma liderança efetiva e da criação de condições que promovam o exercício profissional de qualidade, bem como constituem um fator estratégico determinante no desenvolvimento dos enfermeiros.

No contexto atual, em que se verificam profundas mudanças ao nível das políticas de saúde e das organizações, aliadas a maiores exigências na qualidade do desempenho profissional, o enfermeiro gestor assume um papel determinante:

O enfermeiro com funções de gestão face às mudanças constantes das políticas de saúde e das organizações, aliadas à exigência de níveis cada vez mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados a prestar, pode ter um papel preponderante através da promoção de um ambiente humanizado e uma responsabilização permanente da equipa de enfermagem (Melo et al., 2017, p.22)

De acordo com a OE (2015a) a gestão do cuidado de enfermagem tem de ser do domínio exclusivo dos enfermeiros, garantindo assim a autonomia profissional. O enfermeiro gestor deve procurar ser líder na condução das relações interpessoais com a sua equipa e desenvolver ações que impliquem apoio, confiança, reconhecimento, comunicação e promoção do desenvolvimento das competências emocionais individuais e do grupo. Como deverá de igual modo, proporcionar uma gestão que estimule o trabalho autónomo onde o cliente é o foco de atuação dos profissionais. Perante esta forma de atuação na gestão dos cuidados de saúde, as organizações terão de ser permeáveis e aceitar a influência de diferentes intervenientes individuais e sociais nas políticas de saúde. Assim, a gestão em enfermagem, tendo por base a mudança de paradigma da gestão das organizações que exige inovação e qualidade ao SNS, mas também efetividade, precisa de conhecimento de modo a intervir no todo da organização e não só no que tradicionalmente lhe era atribuído: a enfermagem.

1.4. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

O processo de SC tem vindo a ser utilizado numa vasta gama de disciplinas da área da saúde. Ganhou importância na enfermagem nos anos 90, na medida em que se tornou parte da agenda da qualidade e dos procedimentos de governação clínica (Lugon & Secker-Walker, 2001).

Abreu (2007), refere que a SC surgiu no contexto da discussão sobre os processos de qualidade, da reflexão sobre formação clínica, da aprendizagem experiencial e da supervisão das práticas clínicas. Assim, a SC em enfermagem é um processo de colaboração formal, estruturado, que visa ajudar os enfermeiros a desenvolver competências pessoais e profissionais durante o seu percurso profissional. A SC permite ao supervisionado desenvolver uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, da responsabilidade que lhe é intrínseca e desenvolver o conhecimento a partir da realidade das práticas clínicas (Abreu, 2007).

Diversos estudos mostram que o impacto positivo da SC é muito provavelmente resultado da capacitação dos supervisores e da formação que recebem, da qualidade da supervisão proporcionada e da cultura e atitudes de gestão (White & Winstanley, 2010). Existe o pressuposto, segundo estes autores, de que a boa prática clínica equivale a boas competências de supervisão e integração, onde as competências nucleares exigidas ao supervisor clínico são um elemento-chave.

O processo de SC é entendido pela OE (2010) como dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, que se desenrola entre o supervisor clínico e o supervisionado, com o objetivo de estruturar a aprendizagem, construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. A SC visa promover a tomada de decisão autónoma, encoraja a melhoria da prática profissional, valorizando a proteção e segurança da pessoa alvo de cuidados. A prática da supervisão relaciona-se, assim, com o desenvolvimento humano e profissional, num contexto de formação de adultos que contribui para aumentar a segurança da prática clínica e estimular a reflexão sobre a mesma, devendo ser vista como um incentivo para a autoavaliação e desenvolvimento das capacidades analíticas e reflexivas.

Bush (2005) afirma que os objetivos gerais da SC são melhorar a prática com intuito de: melhorar os cuidados de qualidade; responsabilizar o profissional pela sua ação/inação; minimizar o mau desempenho; reforçar o bom desempenho e atuar como um catalisador de mudança.

Muitos enfermeiros confundem o título de supervisor clínico com a supervisão direta de tarefas, avaliação, mentoria ou preceptoria. Nesta temática, Sá Chaves (2011), refere-se ao supervisor como uma pessoa adulta em presença de um outro adulto, que tem como missão fundamental facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do outro. Neste processo, segundo a autora, devem-se considerar as experiências passadas, sentimentos, perceções e capacidades de autorreflexão, a fim de desenvolver junto do supervisionado, com o supervisionado e no supervisionado um espírito de investigação-ação, num ambiente emocional positivo, humano e facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional de ambos. O enfermeiro

supervisor clínico que sustente a sua ação e processos em evidência, permite a redução do erro e incidentes críticos, melhorando a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas.

Em 2011, a OE, com a determinação de criar condições facilitadoras à prática de Enfermagem, ao desenvolvimento da profissão e da aprendizagem, regulamentou os termos da Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, a qual consiste no reconhecimento formal de que um determinado contexto de prática clínica detém todas as condições necessárias ao desenvolvimento de processos formativos no âmbito do exercício profissional de enfermagem. Assim, através do Regulamento n.º 167/2011 - Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (2011), a OE procede “à definição dos critérios para a determinação da idoneidade e capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde” (p. 11114) e pretende contribuir para “garantir a qualidade do Exercício Profissional Tutelado e ou do Desenvolvimento Profissional Tutelado” (p.11114).

Através do processo de SC, que se pressupõe que seja estruturante na aprendizagem e melhoria das práticas clínicas e do desenvolvimento de capacidades analíticas e reflexivas, o supervisor desenvolve conhecimentos e competências, que lhe permitem assumir responsabilidades pela sua prática clínica e promover a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados. Assim, é desejável que os gestores assumam uma postura empreendedora que permita em simultâneo a existência dum ambiente de trabalho adequado e a produtividade e crescimento da organização (Costa et al., 2016).

No próximo capítulo, contextualiza-se o desenvolvimento de competências em enfermagem, nomeadamente as competências acrescidas avançadas em gestão e SC, por se considerarem ambas pertinentes ao tema em estudo.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM

O conceito de “competência”, surgiu na América no final dos anos 60, associado aos traços de personalidade, pelo psicólogo americano David McClelland (1973) num artigo publicado, intitulado “*Testing Competence Rather Than Intelligence*”. Esta publicação, lançou o debate acerca do tema competência pelo mundo académico e científico (André & Rodrigues, 2014).

McClelland (1973) define competência como a capacidade de aplicar ou usar o conhecimento, capacidades, habilidades, comportamentos e características pessoais de modo a concretizar um desempenho profissional bem-sucedido em tarefas críticas.

Como refere Tejada (2005), a evolução para uma sociedade do conhecimento, tem exigido dos indivíduos elevadas capacidades de aprendizagem, capacidades atualizadas e complexas de resolução de problemas no curto prazo. Esta exigência resulta do aumento da informação a gerir, provocada pelas tecnologias de informação e comunicação e que implicam tomadas de decisão mais complexas em qualquer contexto profissional. Habitualmente, maior capacidade de resolução de problemas era adquirida com experiência e maior nível de qualificação, contudo “agora com a velocidade da mudança a que a sociedade do conhecimento está sujeita, a experiência é escassa por definição e as qualificações estão sujeitas ao fluxo e refluxo do ritmo da mudança” (Tejada, 2005, p.4).

Na perspetiva de Perez (2005), o termo competência encontra-se discutido na literatura e o seu sentido e âmbito de aplicação tem assumido variações, fazendo dele um conceito plástico que se adapta ao longo da história, polissémico uma vez que pode assumir diversos significados e ainda polimorfo por assumir diversas formas adaptando-se a diferentes contextos. A competência é considerada “uma noção associada a ação, a desempenho e a eficiência e que só poderá ser avaliada mediante uma situação concreta. Não há competência no abstrato. Sempre se é competente em relação a” (Perez, 2005, p. 60).

O conceito de competência “envolve todo um conjunto de conhecimentos, procedimentos e atitudes combinados, coordenados e integrados, no sentido de que o indivíduo deve saber fazer e saber ser para exercer a profissão” (Tejada, 2005, p. 7). Conclui o autor que o processo de formação é fundamental ao alcance de competências e que “competências implicam capacidades, sem as quais é impossível tornar-se competente” (Tejada, 2005, p. 7).

O tema das “competências profissionais” tem sido relevante para os administradores dos serviços de saúde e, de modo particular, para os enfermeiros, que pela sua grande representação nas organizações de saúde, interferem na qualidade dos cuidados de saúde (Camelo et al., 2016). Estes autores, referem que das múltiplas noções de competência podemos referir-nos ao conceito como sendo “... o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para uma pessoa exercer o seu trabalho” (Gramigna, 2007, conforme

citado por Camelo et al., 2016, p. 77). A competência envolve, não só, a apropriação significativa de conhecimentos científicos, mas também a realização de ações na prática clínica.

Existem várias teorias acerca do desenvolvimento de competências que pretendem compreender as experiências dos enfermeiros na transição para uma prática autônoma. Nas palavras de Benner (2001), o modelo de aquisição de competências é um conjunto de orientações que permitem explicar, apoiar e refletir acerca do método para aperfeiçoar o processo de integração de novos profissionais.

O modelo de Benner (2001) descreve as características e comportamentos em cada nível de desenvolvimento de competências e identifica as necessidades em matérias de ensino/aprendizagem dos enfermeiros, para cada nível. Neste modelo, são considerados cinco níveis de desenvolvimento, que evoluem gradualmente, na aquisição de competências da prática clínica: iniciado/principiante, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Considerando a integração do profissional como um processo de adaptação, inclui a aquisição e desenvolvimento de competências durante um período até obter um conjunto de conhecimentos e experiências que lhe permita executar com segurança as suas funções.

A SC, em contexto de integração de enfermeiros é segundo Benner (2001), operacionalizada pelo seu modelo de “iniciado a perito”, onde o iniciado aprende através da observação e da prática. Pelo que, o enfermeiro recém-formado ou recém-chegado ao serviço, deve ser integrado e acompanhado pelo supervisor, elemento este definido pelo enfermeiro gestor, até obter a autonomia necessária para prestar cuidados autonomamente. O enfermeiro “iniciado”, na opinião de Benner tem dificuldade em diferenciar os aspetos relevantes dos acessórios da situação e de integrar o que é descrito na documentação para a prática clínica. É, pois, fundamental auxiliá-lo na aquisição de experiências práticas para desenvolver as suas competências e adequá-las ao seu novo contexto laboral.

É através da experiência profissional que o enfermeiro aprende e progride, uma vez que segundo a autora, as competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se atinge a perícia profissional “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54).

De acordo com o modelo advogado por Benner (2001), se um enfermeiro “perito” em enfermagem mudar de área de cuidados, voltará para um nível anterior de desenvolvimento, contudo, a experiência por ele já adquirida irá facilitar a sua rápida evolução até ao nível de perito na nova área de prestação de cuidados e contexto. Ainda, de acordo com a autora, o

enfermeiro é considerado “competente” quando já se encontra apto, podendo-se considerar que neste nível o período de integração terminou.

No âmbito da enfermagem as competências acrescidas são “fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, das práticas e contextos, adquiridos ao longo do percurso profissional do enfermeiro e permitem responder, de uma forma dinâmica às necessidades em cuidados de saúde da população” (Regulamento n. 556/2017 de 17 de outubro, 2017, p. 23636). Assim, com a publicação deste Regulamento denominado Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida, a OE reconhece a atividade profissional e a complexidade das intervenções de enfermagem, exigidas pelos cuidados de saúde em múltiplos contextos, e que pressupõe a possibilidade de reconhecimento das competências acrescidas.

Importa, ao tema em estudo nesta investigação, as competências acrescidas avançadas em gestão e SC.

2.1. COMPETÊNCIA ACRESCIDA AVANÇADA EM GESTÃO

Em 2018, é publicado o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão materializado no Regulamento n. 76/2018 de 30 de janeiro (2018) numa perspetiva integradora do modelo de desenvolvimento profissional da carreira de enfermagem. As competências acrescidas avançadas, são nele definidas como sendo:

Os conhecimentos, habilidades, e atitudes que dão resposta às necessidades, nos diversos domínios de intervenção, acrescentando, às competências de enfermeiro especialista, a perícia fruto da complexidade permanente dos conhecimentos, práticas e contextos numa área de intervenção avançada, potenciando a promoção da qualidade da intervenção do enfermeiro especialista (Regulamento n. 76/2018 de 30 de janeiro, 2018, p. 3478).

Este regulamento, identifica domínios da competência acrescida avançada em gestão, designadamente: a gestão; a assessoria e consultadoria. Relativamente ao domínio da gestão, no Artigo 5.º encontram-se elencadas as seguintes competências:

- a) A prática profissional ética e legal;
- b) A gestão pela qualidade e segurança;
- c) A gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional;
- d) O planeamento, organização, direção e controlo;
- e) A prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde. (Regulamento n. 76/2018 de 30 de janeiro, 2018, p. 3479).

Do estudo realizado por Costa et al. (2016) acerca das competências dos gestores hospitalares, emergiram cinco competências de gestão classificadas pelos autores como as

mais importantes: comunicação; liderança; comprometimento; responsabilidade social e empreendedorismo.

Estas habilidades permitem melhores interações dentro da equipe de gestão e em todos os setores organizacionais e, além de facilitarem a consecução dos objetivos estabelecidos, auxiliam no desenvolvimento do indivíduo e do grupo como um todo, oferecendo flexibilidade no trato das idiossincrasias dos membros da organização por meio de processos de comunicação que incentivam o maior comprometimento com a organização (Costa et al., 2016, p. 45).

Na opinião dos autores supracitados, o perfil do gestor capaz de conduzir a organização hospitalar a atingir os seus objetivos, envolve competências de gestão que “garantam o comprometimento com suas ações, o pensamento em sua equipe e como equipe, o uso da comunicação como ferramenta fundamental para o sucesso, características empreendedoras para assumir riscos e proporcionar inovação nos processos da organização” (Costa et al., 2016, p. 53).

Pelo exposto, compreende-se que é necessária uma visão totalitária do trabalho, onde as competências necessárias ao enfermeiro gestor na sua prática, assentam num vasto corpo de conhecimentos no domínio da governação clínica, inteligência emocional e formação em comunicação. O envolvimento e satisfação da equipa, a preocupação com a qualidade dos serviços e com a satisfação dos clientes são os alvos da sua atenção (Costa et al., 2016).

2.2. COMPETÊNCIA ACRESCIDA EM SUPERVISÃO CLÍNICA

A profissão de enfermagem é de natureza essencialmente prática e por esse motivo sempre teve uma forte ligação com o contexto de trabalho. Na opinião de Pires et al. (2021) sendo o âmbito de ação da enfermagem uma área sujeita a permanentes transformações ao nível dos saberes, tem havido a necessidade de repensar o processo de formação inicial e as práticas, bem como, as competências essenciais ao desempenho da profissão, num ambiente que também ele se encontra em permanente transformação.

Em 2018, a OE define os termos da certificação da competência acrescida diferenciada e avançada em SC no exercício de enfermagem. Neste documento, afirma que “O exercício de enfermagem em SC é determinante para assegurar um suporte efetivo e integral na relação supervisiva, garantindo a qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais” (Regulamento n. 366/2018 de 14 de junho, 2018, p. 16657).

Neste sentido, o enfermeiro que integra o novo elemento, para além de ser profissional competente, terá / deverá de possuir um perfil de competências de supervisor clínico em enfermagem.

O Regulamento n. 366/2018 de 14 de junho (2018, p. 16659) estabelece os três domínios da competência acrescida diferenciada e avançada em SC: (a) Prática profissional, ética e legal; (b) exercício da SC; (c) Transição socioprofissional segura.

Relativamente ao primeiro domínio, é referido que o profissional desenvolve uma prática profissional ética e legal em SC, devendo agir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, que “assenta num corpo de conhecimentos e atitudes do âmbito profissional, ético-deontológico e legal, traduzido na transparência dos processos de tomada de decisão e na relação supervisiva” (Regulamento n. 366/2018 de 14 de junho, 2018, p. 16659).

No domínio do exercício da SC, o supervisor “desenvolve um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, no decurso do acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais do supervisionado que tem como finalidade o desenvolvimento pessoal e profissional deste e de si próprio” (Regulamento n. 366/2018 de 14 de junho, 2018, p. 16660). No regulamento em análise, é atribuído ao supervisor clínico a coresponsabilização pelo desenvolvimento pessoal e profissional da díade supervisor/supervisionado e pela mediação desse mesmo processo supervisivo.

No regulamento n.º 366/2018 de 14 de junho (2018) o domínio da transição socioprofissional segura é mencionado com vista à garantia da qualidade dos cuidados e das aprendizagens profissionais. É referido que o supervisor clínico deve promover e facilitar a tomada de decisão pelo supervisionado, desenvolver com este uma comunicação intra e interprofissional, num contexto da prática multidisciplinar, que tem em vista a obtenção de elevados padrões de qualidade.

Meleis (2010) define transição como a passagem de um estado estável para outro estado estável, sendo este processo caracterizado por uma mudança. O conceito do processo transição é na opinião da autora, o movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outra, que afeta de forma diferente os indivíduos que experienciam um mesmo evento. Estes eventos marcantes na vida dos indivíduos produzem desequilíbrio entre dois períodos e tempo estáveis. A compreensão deste referencial teórico pelo enfermeiro supervisor clínico, capacita o enfermeiro supervisionado, no sentido em que permite a compreensão dos fenómenos e orienta a abordagem dos potenciais problemas e dificuldades intervenientes nesse mesmo processo de transição.

No próximo capítulo, de forma a enquadrar teoricamente a análise do problema em estudo e as relações existentes entre eles, contextualiza-se a influência da gestão de pessoas nos processos de integração, bem como o contributo dos enfermeiros gestores e enfermeiros supervisores clínicos para assegurar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

3. GESTÃO DE PESSOAS E PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

Nos anos 50, surge a utilização de termos como gestão de Recurso Humanos (RH) e comportamento humano, em que fica patente que a relação estabelecida entre a organização e os seus RH se fomentava pela interação social entre os gestores e os seus colaboradores. Pacheco (2009) refere que no seio da organização, o trabalhador passa a ser “visto criteriosamente como um indivíduo com emoções, expectativas, motivação e satisfação” (p. 25).

A gestão de RH deverá, portanto, fomentar o sucesso da organização, apoiando-a a atingir os seus objetivos e missão, assegurando competitividade organizacional pelo empoderamento e motivação dos colaboradores. Neste processo, o gestor da organização ou serviço assume um papel como elemento facilitador no do desenvolvimento organizacional e como impulsionador da mudança. Parreira et al., referem que a escola das relações humanas de Elton Mayo “realçou o fator humano, os aspetos individuais e sociais do trabalho (...) destacam-se a necessidade em valorizar o grupo, nomeadamente nas relações informais, a motivação alicerçada em recompensas sociais ao invés de monetárias” (2022, p. 139).

Storey (1996) reforça que a gestão de RH é uma abordagem que procura alcançar uma vantagem competitiva através do desenvolvimento estratégico de uma força de trabalho altamente capacitada e motivada, usando para esse fim um conjunto integrado de técnicas culturais, estruturais e pessoais.

Carvalho e Rua (2017) referem que a gestão de RH implica uma postura de gestão flexível, dinâmica e proativa, em que os RH passam a ser olhados como um investimento estratégico, com importantes vantagens competitivas.

Na opinião de Neves (2012), é essencial que se perceba que, a gestão de pessoas tem-se transformado nos últimos anos, e que os conceitos de administração, custos, formação e negociação coletiva têm vindo a ser substituídos progressivamente pelos conceitos de gestão, investimento, desenvolvimento, negociação e trabalho em equipa.

Contudo, segundo Carvalho e Rua (2017) um dado importante tem-se mantido inalterado, o envolvimento eficaz dos gestores de pessoas permite atingir os objetivos organizacionais. Relativamente à função do gestor, estes autores afirmam “(...) que se passou de uma função secundária, de acessória, para uma função de valor estratégico para a organização, desempenhando um papel preponderante no êxito da mesma” (p. 24).

O capital humano em saúde, representa uma força laboral que determina toda a prestação de cuidados, onde o enfermeiro gestor surge como o elemento que, por meio de uma gestão eficaz, terá de mobilizar as pessoas, de forma adequada, para garantir a qualidade dos cuidados (APEGEL, 2009). No entanto, Nunes (2011), alerta que “é clara a inexistência de

planeamento estratégico de RH na saúde. Daqui decorre a conseqüente escassez de medidas que garantam a qualidade do desempenho, assentes na valorização das pessoas” (p. 3), o que tem implicação nas dotações seguras nos serviços.

3.1. BOAS PRÁTICAS NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

A OE (2010) refere que é imperioso que a integração dos enfermeiros seja orientada por padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo as instituições criar condições adequadas e facilitar tempo de integração necessários, de forma a promover o desenvolvimento de novas atitudes profissionais e a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados.

O processo de integração é particularmente importante e demorado, tanto numa primeira experiência de trabalho, como numa mudança de serviço intrainstitucional ou interinstitucional. Este processo termina quando o novo elemento é capaz de refletir criticamente sobre o trabalho e contribuir com iniciativas sobre o mesmo (Pires et al., 2021).

De acordo com a OE (2017), a integração de enfermeiros é um processo individual e flexível, onde é importante que seja considerado a história de vida, experiências, atitudes, ritmos de desenvolvimento e aprendizagem de cada enfermeiro:

Uma integração bem planeada beneficiará não só a organização como o profissional e os utentes, uma vez que permitirá uma adaptação rápida, segura, eficiente e uma prática de qualidade. É imperativo que exista um tempo de aprendizagem, que deve dar resposta a um plano de integração estruturado, individualizado com acompanhamento supervisionado (OE, 2017, p.2).

Pinheiro et al. (2014) salientam que “é mediante a indagação reflexiva e colegial das práticas, numa interação bidirecional, de co-implicação e de interdependência, que se impulsiona o contínuo desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem e de toda a instituição de Saúde” (p. 104). A supervisão é uma tarefa complexa de integração da teoria com a prática na prestação de cuidados, promovendo em simultâneo o crescimento profissional e conseqüentemente o bem-estar dos utentes. Assim, o enfermeiro que “integra” desempenha um papel na vertente pedagógica, associada à componente relacional e no contexto de prática profissional é responsável por demonstrar competências e habilidades na prestação de cuidados de enfermagem (Pinheiro et al., 2014).

Chillakuri (2020), realça que é imprescindível o acolhimento do profissional ao novo serviço, pois contribui para uma integração facilitada e desenvolvimento profissional para o familiarizar acerca dos objetivos, valores, responsabilidades, procedimentos e cultura organizacional que

sustentam a sua identidade. Findo o processo de integração, segundo este autor, o novo elemento será uma mais-valia para a organização.

O processo de integração, na opinião de Peltokorpi et al. (2022) surge em conjunto com as táticas de socialização institucionalizadas, com o objetivo da redução da ansiedade e incerteza por parte do novo colaborador e para que este se insira no meio envolvente da organização, bem como integrado na prática assistencial.

Um programa de integração bem estruturado, segundo Coelho e Adriano (2021) terá de dar ênfase a uma aprendizagem individualizada, acompanhada e supervisionada, de forma que se promova a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e à sua família. O programa instituído deverá garantir que a integração de novos enfermeiros seja bem-sucedida, pelo que exige planeamento de estratégias que elucidem o papel do enfermeiro no novo contexto clínico, treino, apoio e suporte durante o período de transição para uma prática independente (Coelho & Adriano, 2021). Referem ainda estes autores, que de acordo com as características, motivação ou dificuldades apresentadas pelo enfermeiro a integrar, este processo supervisivo deverá ser reajustado ao longo do tempo.

Ao enfermeiro integrado deve ser atribuída uma responsabilidade crescente, de acordo com as atividades de enfermagem do serviço. Abreu (2007) refere que o enfermeiro recém-admitido deverá responsabilizar-se por um número crescente de doentes, aumentando de grau de complexidade de forma a exercer uma metodologia de trabalho individual. Tal contribuirá para que o novo profissional se depare com situações diversificadas aumentando a sua autonomia.

Nas palavras de O'Donovan e McAuliffe (2020), os locais de trabalho onde os colaboradores se sentem seguros psicologicamente, são por norma os liderados por indivíduos que promovem a inclusão a uma cultura de expressão, diálogo e reconhecem os comportamentos promotores de ambientes laborais saudáveis.

O processo de integração é variável em duração, forma e conteúdo e não são claros os requisitos necessários para uma integração eficaz que facilite a aprendizagem e o desenvolvimento de competências. É consensual para O'Donovan e McAuliffe (2020), que o processo de integração proporciona uma reflexão acerca do processamento das práticas clínicas quando orientadas por um profissional qualificado, onde as práticas com qualidade, o suporte dos profissionais e a promoção da segurança dos utentes estão implícitas.

3.2. CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS GESTOR E SUPERVISOR CLÍNICO NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

O DL n. 71/2019 de 27 de maio (2019) referente à carreira de enfermagem, descreve sumariamente as funções incumbidas a cada uma das categorias profissionais, nomeadamente enfermeiro; enfermeiro especialista e enfermeiro gestor.

No documento referido, o processo de integração de enfermeiros é evidenciado para todas as categorias, crescendo em grau de complexidade da função. É descrito que compete ao enfermeiro “Coordenar e supervisionar enfermeiros em contexto de integração profissional” (DL n. 71/2019 de 27 de maio, 2019, p. 2627). Relativamente à categoria de enfermeiro especialista, cumulativamente com as funções do enfermeiro, este deve ainda “Coordenar e supervisionar enfermeiros especialistas em contexto de integração profissional” (DL n. 71/2019, de 27 de maio, 2019, p. 2628).

Em referência ao conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor, é evidenciado que para além das funções inerentes às categorias de enfermeiro e de enfermeiro especialista, no que diz respeito ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros compete-lhe ainda a função de:

Criar as condições para um trabalho cooperativo e de efetiva articulação da equipa multiprofissional e um ambiente de trabalho saudável na unidade ou serviço, salvaguardando a dignidade e autonomia de exercício profissional e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros (DL n. 71/2019, de 27 de maio, 2019, p.2628).

Uma liderança de apoio, com recursos suficientes e boas relações interpessoais devem ser os princípios orientadores durante todo o período de integração. Contudo, as experiências negativas dos enfermeiros recém integrados podem comprometer a organização, pois conduzem a uma grande rotatividade entre os enfermeiros e causam frustração aos enfermeiros experientes (Lindfors et al., 2018).

Na opinião de Tappen (2005), o enfermeiro gestor enquanto líder eficaz conhece os diferentes elementos do seu grupo, as suas aspirações e motivações e serve de regulador dos processos comunicacionais, adaptando-se às características do meio, da tarefa e do grupo, exercendo um estilo de liderança adequado à situação. O autor acrescenta ainda que em contexto hospitalar, os enfermeiros gestores deveriam ter conhecimentos de administração e liderança para o exercício do cargo.

A liderança, e a sua relação com a satisfação tem sido um dos temas que tem despertado mais interesse a nível da investigação. A satisfação com os comportamentos de liderança é considerada por vários investigadores como uma das fontes de satisfação com mais peso na

avaliação do nível de satisfação profissional dos colaboradores e compromisso com a organização (Costa et al., 2016; Lindfors et al., 2018; Peltokorpi, 2022).

Neste contexto, na opinião de Watson (2009) perceber em que medida os comportamentos de liderança dos superiores hierárquicos influenciam a satisfação dos trabalhadores, irá ajudá-los a desenvolver comportamentos e a criar um clima de trabalho propício para a consecução dos objetivos individuais e da organização.

Carney (2009) partilha desta opinião e refere que existe a necessidade de educação em liderança clínica e habilidades de relacionamento, a fim de preparar o enfermeiro líder para novas formas de ver, fazer e avaliar a prestação de cuidados. Acrescenta ainda que “os enfermeiros líderes do futuro necessitarão de se adaptar a novas formas de pensar e de prestar cuidados” (Carney, 2009, p. 413).

Na opinião de Coelho e Lourenço (2004), o sucesso na integração de novos profissionais depende essencialmente das qualidades e características do supervisor. A relação desenvolvida entre supervisor e supervisionado é complexa e a sua qualidade depende de diversos fatores, devendo este possuir determinadas habilidades técnicas, humanas e conceptuais para desempenhar este importante papel.

Segundo Pollock et al. (2017) o supervisor clínico deve deter características tais como:

- Facilitador com formação especializada;
- Reconhecido pelos pares e organização (detentor de conhecimento concreto, competências e pensamento sistematizado no domínio da disciplina; profissão de enfermagem e da SC);
- Competências de comunicação;
- Disponibilidade, interesse e compromisso com a atividade supervisiva;
- Empatia com o supervisionado promotora do desenvolvimento pessoal e profissional;
- Versatilidade, incorpora várias alternativas a um modelo de supervisão e permite a personalização a diferentes configurações e profissionais individualmente;
- Dinamizador da equipa de trabalho;
- Desenvolvimento de contratos entre supervisor/supervisionado, métodos padrão de acompanhamento, feedback construtivo e manutenção de registos;
- Valoriza as iniciativas e opiniões dos outros;
- Enfoque na reflexão intrapessoal (autorreflexão) e interpessoal sobre questões do trabalho, proporcionando um ambiente seguro, apoio, confiança, estabelecendo desafios;
- Elogio face ao resultado de uma performance ou esforço em prol da crítica (julgamento desfavorável);

- Definir e cumprir metas profissionais e pessoais contínuas, promovendo as suas aptidões e competências, baseada na revisão do seu desempenho;
- Prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais e os princípios ético deontológicos da profissão.

Rocha (2014) refere que a SC enquanto processo de acompanhamento das práticas clínicas, tem sido relevante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Esta é perspectivada como um pré-requisito essencial à promoção da segurança e qualidade dos cuidados assistenciais pelas instituições de saúde e de acreditação da qualidade.

Margaret Swain (1995), defende que a supervisão administrativa e SC apresentam funções diferentes, pelo que não deveriam ser empreendidas pela mesma pessoa. Entre os argumentos que apresenta, está o facto de que, na sua opinião, os enfermeiros não apreciam a identificação e análise de problemas com os seus chefes o que impede a relação supervisiva e inviabiliza a oportunidade de resolução de problemas. Em oposição, o relacionamento próximo que o processo de SC tende a construir entre o supervisor e o supervisionado, permite um clima de aconselhamento e aprofundamento de reflexões sobre a prática. A autora sustenta que a supervisão conduzida de forma administrativa pelo gestor remete para a uma prática restritiva em vez de reflexiva e de desenvolvimento que só é possível com um supervisor.

Em síntese, pelo exposto nos capítulos anteriores, os enfermeiros, os gestores e os SC são figuras distintas, mas ambas estratégicas no seio das equipas. Compreende-se que seja forçoso a implicação do enfermeiro gestor na implementação de processos de SC em enfermagem nos contextos de prática clínica, de modo a garantir que os enfermeiros recém-formados ou recém-chegados tenham um ponto de partida seguro no local de trabalho, num ambiente tranquilizador e indutor de estabilidade e desenvolvimento profissional durante o processo de integração.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

O desenho de investigação segundo Fortin (1999), é o plano lógico onde o investigador vai proceder à descrição do formato apropriado da investigação, determina as etapas a serem percorridas a fim de obter respostas para as questões de investigação formuladas, com base no problema identificado e nos objetivos traçados para o estudo.

O processo de investigação científica é um método empírico, sistemático e rigoroso de produzir novos conhecimentos em qualquer área da ciência, e que tem como funções, descrever, explicar e prever, sendo cada uma correspondente a cada nível do processo de adquirir conhecimentos (Fortin, 1999).

No presente capítulo é exposto todo o percurso metodológico, utilizado ao longo desta investigação, o qual compreende as seguintes etapas: os procedimentos, as estratégias de recolha e análise de dados utilizadas (Polit et al. 2004). Assim, primeiramente é definida a questão de investigação, de seguida os objetivos do estudo e o tipo de pesquisa realizada. Posteriormente, definem-se a população e amostra, os procedimentos de recolha dos dados e ético-legais subjacentes, e por último o processo de análise dos dados.

4.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

Qualquer investigação tem como objetivo principal a formulação de uma resposta a um problema inicialmente levantado. Através da elaboração dos objetivos da investigação é possível demonstrar o sentido e o rumo que esta vai tomar, sendo por isso imprescindível a sua elaboração (Saunders et al., 2009).

Esta etapa pretende determinar o tema de estudo, que Fortin (1999) define como sendo o elemento de um problema que se propõe examinar, podendo ter várias fontes e dizer respeito a atitudes, comportamentos, crenças, incidências, problemas clínicos, observações ou conceitos. Desta reflexão emerge a questão de investigação “um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 1999, p. 51). Acrescenta ainda esta autora que para se poder iniciar uma investigação, de forma sustentada, o investigador deve assegurar que a pergunta de investigação é expressa através de uma interrogação explícita ao problema em análise e que as pessoas e as fontes de dados necessárias estão disponíveis.

Na opinião de Reis (2018, p.15) a investigação “caracteriza-se por utilizar conceitos, teorias, técnicas e instrumentos com a finalidade de dar respostas aos problemas e interrogações que surgem no âmbito do trabalho” do investigador.

Percecionada a realidade da carreira de enfermagem, as alterações do paradigma da gestão na saúde e as consequentes mudanças que se impuseram à gestão em enfermagem e ao papel do enfermeiro gestor dentro das unidades, ficou claro que este é um elemento decisivo, quer no planeamento dos cuidados de enfermagem, quer na determinação de políticas de saúde no geral, mas também no desenvolvimento das organizações. De referir também que a SC em enfermagem, enquanto processo de acompanhamento das práticas clínicas é na atualidade reconhecida como essencial à promoção da segurança e qualidade dos cuidados. Esta análise, veio reforçar a convicção de que tanto enfermeiros gestores, como os enfermeiros supervisores clínicos contribuem ativamente para a construção de uma equipa de enfermagem de sucesso.

O tema desta investigação, emergiu assim da prática profissional da investigadora no âmbito da integração de novos enfermeiros especialistas, num serviço de internamento, pelas dificuldades sentidas nesse processo enquanto enfermeira supervisora clínica, bem como pelo seu interesse pela gestão e que justificam a sua frequência no curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Gestão de Unidade de Cuidados.

Neste seguimento, tendo em conta a relevância da temática, foi formulada a seguinte questão de investigação:

- Qual a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica sobre o seu processo de integração?

A questão de investigação formulada atendeu ao método PICO de Joanna Briggs Institute (Santos & Püschel, 2018): P (População) - EESMO; I (Fenómeno de Interesse) - processo de integração; C (Contexto) – UO e BP.

Por forma a responder à questão de investigação consideram-se os objetivos gerais:

- Compreender as dinâmicas decorrentes do processo de integração de enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica em contexto de UO e BP;
- Identificar na perceção dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica, os aspetos influentes na sua integração em contexto de UO e BP.

Para além dos objetivos gerais, consideram-se também os seguintes objetivos específicos:

- Compreender as metodologias em uso no processo de integração de enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica em contexto de UO e BP;
- Analisar o perfil de competências do enfermeiro que assume a função de SC na integração dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica em contexto de UO e BP;

- Analisar quais os contributos do enfermeiro gestor na integração dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica.

4.2. TIPO DE ESTUDO

A abordagem qualitativa relaciona-se com o universo dos significados, aspirações, crenças, dos valores e das atitudes, ou seja, com um conjunto de fenómenos que fazem parte da realidade social (Minayo et al., 2007).

De acordo com Gil (2017), as pesquisas exploratórias pretendem estudar um tema ainda pouco abordado, bem como observar e compreender os mais variados aspetos relativos ao fenómeno estudado pelo investigador.

É descrito por Bodgan e Biklen (2013) que a investigação qualitativa possui várias características importantes, e que se apresentam coerentes com os objetivos desta investigação. Em síntese, os autores referem que a proveniência dos dados deve ser o ambiente natural onde o investigador está inserido; caracterizam a investigação qualitativa como descritiva cujos dados se podem apresentar por palavras em narrativa, existindo o interesse dos investigadores na análise dos dados de uma forma indutiva, dando importância aos significados e às perspetivas dos participantes.

No entender de Fortin (1999) o objetivo método qualitativo consiste em conhecer uma realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem.

Reis (2018) refere que um estudo é descritivo na medida que procura descrever o fenómeno em estudo e a especificação dos conceitos, partindo da premissa que as práticas podem ser melhoradas com vista à resolução de problemas. Fortin (1999) acrescenta que o objetivo da componente descritiva de um estudo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceito que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno que está a ser estudado, procurando entender ou interpretar os fenómenos em termos dos sentidos que as pessoas lhe atribuem. Acrescenta ainda que o método qualitativo se apoia no raciocínio indutivo, em que o investigador não considera os seus conhecimentos no domínio em estudo e abstém-se de recorrer a teorias existentes para explicar o que observa, faz parte do paradigma interpretativo e está baseado nas diferentes realidades dos indivíduos e em como cada realidade é dependente das perceções individuais (Fortin, 1999).

Este estudo pela natureza da sua problemática é um estudo qualitativo, uma vez que se centra na compreensão do problema, e exploratório pois procura conhecer uma realidade ainda pouco explorada na perspetiva de quem a vivencia. Se por um lado a SC de estudantes está amplamente estudada, a SC de pares em processos de integração e o seu contributo para o

desenvolvimento profissional tem sido pouco estudada, pelo que ainda carece de mais investigação.

Pelo exposto, metodologicamente, tendo em conta os objetivos desta investigação considera-se um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório-descritivo (Polit et al., 2004; Minayo et al., 2007; Fortin, 1999).

4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Dada a questão de investigação, os objetivos e o tipo de estudo, importa, equacionar a escolha dos participantes e o local da colheita de dados. Esta etapa é importante na elaboração do processo de pesquisa, uma vez que, são os participantes que transmitem a informação necessária para dar resposta à questão de investigação e alcançar os objetivos formulados.

Segundo Reis (2018) existem dois tipos de população a considerar no desenvolvimento de uma investigação: a população alvo, que é formada pelo conjunto de elementos, que possuem características comuns, e que são definidas por um conjunto de critérios de seleção para os quais o investigador deseja fazer as generalizações e a população inquirida, constituída pelo conjunto de elementos que, estão disponíveis para integrarem a amostra e dos quais se pretende tirar conclusões.

No entender de Fortin (1999, p.149) “A escolha dos participantes faz-se por meio de critérios de seleção que assegurem uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar.” A autora salienta ainda a necessidade de os participantes selecionados serem indivíduos motivados a participar e capazes de se exprimirem.

O estudo tem como população alvo os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica a desempenhar funções no serviço de UO e BP, de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro. Os participantes foram selecionados de forma intencional, pois foi selecionado um subgrupo da população que reúne as características desejáveis de toda a população. Assim, das 32 enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica que fazem parte do serviço selecionado, oito enfermeiras terminaram o curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica há menos de dois anos e posteriormente iniciaram funções de enfermeiras especialistas e foram integradas no serviço, sendo este sub-grupo a população alvo do estudo. Esta informação foi obtida através da enfermeira gestora do serviço de UO e BP em causa.

Minayo et al. (2007), referem que é possível definir o número de sujeitos a incluir no estudo por “(...) inclusão progressiva (sem demarcar a priori o número de participantes) que é

interrompida pelo critério da saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação” (p.48).

No entender de Polit et al. (2004) a importância da amostra está na riqueza dos dados, que descrevem as experiências individuais de cada participante, pelo que o número de participantes não foi definido previamente, mas foi determinado pela saturação dos dados. Na opinião de Guerra (2006) a saturação é definida como um fenómeno pelo qual, depois de um certo número de entrevistas o investigador verificar que os dados que está a recolher não trazem nova informação relativamente ao objeto de pesquisa, sendo então possível generalizar os resultados ao universo de trabalho a que os entrevistados pertencem.

Neste estudo, assumiu-se, portanto, uma amostragem não-probabilística, por conveniência, o número de participantes não se encontra definido, uma vez que as entrevistas foram realizadas até se obter a saturação dos dados.

De acordo com os objetivos do estudo, consideram-se como critérios de inclusão: desempenhar funções de EESMO no serviço de UO e BP há menos de dois anos. Os critérios de exclusão são: ser enfermeiro de cuidados gerais; ser EESMO com experiência profissional no serviço superior a dois anos à data da recolha de dados.

Para a caracterização dos enfermeiros participantes, considerou-se as seguintes variáveis: género; idade; habilitações académicas; os anos de experiência profissional e a experiência profissional no exercício de funções EESMO (meses) no serviço.

4.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A escolha do método de recolha de dados, no entender de Fortin (1999) cabe ao investigador, tendo em conta: a natureza do problema a investigar; as questões de investigação; as características da população bem como os resultados que se pretende obter. Acrescenta ainda a autora citada que é fundamental que o instrumento seja claro, fiável, coerente e que possibilite ao investigador obter resposta para os seus objetivos. É referido por Fortin (1999) que entre os diferentes instrumentos disponíveis existe também a possibilidade da “(...) eventual conceção pelo investigador dos seus próprios instrumentos de medida” (p. 239).

É essencial que se conheçam, segundo Reis (2018) as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de instrumento de recolha de dados e os domínios da sua utilização, a fim de selecionar o instrumento mais adequado à investigação, de forma a extrair o máximo de informação necessária para responder à problemática em estudo.

Num estudo exploratório-descritivo de nível 1, é descrito por Fortin (1999) que o investigador procura obter a maior quantidade de informações possíveis por existir pouca informação

acerca da problemática em estudo, sendo nas palavras da autora “utilizadas a este nível as observações, as entrevistas não estruturadas ou semi-estruturadas, os questionários semi-estruturados, o material de registo, etc.” (p. 240).

Assim, optamos pela realização de uma entrevista semi-estruturada que, segundo Reis (2018) é “um instrumento privilegiado nos estudos descritivos, com uma abordagem qualitativa” (p. 95). Fortin (1999) refere que na entrevista parcialmente estruturada ou semi-estruturada, o responsável pela entrevista formula as mesmas questões a todos os entrevistados a partir de uma lista dos temas que pretende investigar, sendo expectável que no final tenha obtido uma resposta abrangente de cada um deles. Este tipo de entrevista tem as vantagens de permitir a comparabilidade das respostas; limitar os enviesamentos relacionados com o entrevistador e permite obter uma análise compreensiva dos dados. Contudo, há que considerar que a uniformização da formulação das perguntas pode constranger e limitar a naturalidade e relevância das respostas.

Por forma a responder à questão de investigação, recorreu-se à entrevista semiestruturada dirigida aos EESMO, elaborada com base nas competências acrescidas avançada em gestão e SC, e posterior recurso à metodologia de análise de conteúdo de Bardin. O guião da entrevista (Apêndice 1) incorpora os seguintes blocos temáticos: caracterização sociodemográfica e profissional; conceito de integração; componente profissional e por último relacionamento e interação.

No que diz respeito às entrevistas semiestruturadas, a colheita de informação decorreu no período de vinte e três de abril a dezasseis de maio de 2024, nos locais selecionados pelas entrevistadas e foi assegurada a confidencialidade da informação a ser colhida. Assim, foram realizadas e gravadas seis entrevistas a EESMO recentemente integrados, com uma duração média de vinte e sete minutos que, posteriormente, foram transcritas e relidas. Após a transcrição das entrevistas, foi solicitada às participantes a sua leitura e validação.

O princípio da saturação dos dados esteve na base da decisão de terminar a colheita de dados, com a inclusão de seis participantes na investigação.

Após a leitura atenta do corpus das entrevistas, procedeu-se à codificação das unidades de registo, a definição de domínios, com a identificação de categorias e subcategorias, da qual resultou a identificação de componentes relevantes das narrativas para o estudo, tendo em conta a questão de investigação e os objetivos.

4.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS

Ao longo da realização desta dissertação foram considerados os princípios ético-legais associados à investigação, incluindo o pedido de aprovação à Comissão de Ética da Escola

Superior de Enfermagem de Coimbra, bem como o pedido de autorização para a consecução do estudo na instituição de saúde selecionada.

Foi obtido parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra a 13/03/2024 (Anexo 1).

O pedido de autorização para aceder aos participantes para a realização da investigação na ULS selecionada foi concedido pela comissão de ética, pelo centro de investigação e homologado pelo Conselho de Administração a 12/03/2024.

O respeito pelos direitos dos participantes do estudo, foi assegurado previamente à realização da entrevista. Todos os participantes exerceram o seu direito ao consentimento livre e esclarecido, tendo para o efeito sido facultado a declaração de consentimento para participação no estudo (Apêndice 2). Neste documento, encontra-se a descrição do estudo incluindo o tema, âmbito e objetivos. Foi igualmente solicitado aos participantes a autorização para proceder à gravação das entrevistas em formato áudio para posterior análise e tratamento dos dados.

Os dados colhidos foram codificados, sendo garantido o anonimato e confidencialidade na sua utilização e divulgação, bem como o cumprimento de todos os procedimentos ético-legais associados. A garantia de confidencialidade advém da ausência de questões que identifiquem diretamente a pessoa que responde às questões da entrevista semi-estruturada, mas também do processo de registo áudio que foi inteiramente eletrónico e codificado não carecendo do registo do participante, sendo que os dados estão numa base acessível apenas à investigadora, através da autenticação via palavra-chave, que apenas a investigadora tem conhecimento. Os participantes entrevistados são identificados ao longo deste trabalho como: E1; E2; E3; E4; E5; E6 e a áudio-gravação das entrevistas será eliminada aquando do término deste trabalho. Todos os participantes assinaram o modelo de consentimento informado e na análise e tratamento dos dados foram adotados os procedimentos de consentimento e anonimato anteriormente referidos.

4.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

A fim de analisar os dados recolhidos nas entrevistas é fulcral o recurso à análise de conteúdo. De acordo com Fortin (1999), esta trata de medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos.

A análise de dados é entendida por Bardin (1977) como sendo:

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

Segundo a autora, a análise de conteúdo permite a sistematização dos dados recolhidos pelo investigador de modo a identificar padrões daquilo que é importante e relevante ao fenómeno em estudo, assegurando as relações de causalidade entre as suas diferentes variáveis. Neste sentido, esta é a metodologia mais adequada para responder à questão de investigação formulada neste estudo e foi por isso selecionada para analisar o conteúdo das entrevistas semiestruturadas efetuadas (Bardin, 1977).

De acordo com Bardin (1977) a metodologia de análise de conteúdo é composta por três polos cronológicos:

1- Pré-análise que corresponde à fase de organização do material. A preparação do material é feita através da gravação áudio das entrevistas e posterior transcrição textual. Nesta fase é realizada uma leitura flutuante dos dados e o material escolhido para análise compõe o corpus.

2- Exploração do material é realizada através de operações de codificação, que Bardin (1977, p.103) define como sendo “o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”. Prossegue assim o “recorte” das transcrições, isto é, o que emerge como unidades de registo e que se constitui como o mais pequeno fragmento de texto com sentido de acordo com os objetivos da investigação, aos quais se atribui um determinado significado.

3- Tratamentos dos resultados, inferências e interpretação, o tratamento e interpretação dos resultados são realizados de forma a tornar válidos e significativos os dados obtidos. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos surgindo, assim, da exploração do material em análise.

Em síntese a categorização “tem como principal objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos” (Bardin, 1977, p.119). O sistema de categorias não é fornecido previamente, mas sim resultado da classificação progressiva dos elementos. A construção das categorias deve procurar seguir cinco qualidades fundamentais: exclusão mútua, cada elemento não pode existir em mais de uma divisão; homogeneidade das categorias; pertinência, devendo a formação das categorias pertencer ao quadro de referência definido e refletir as intenções da investigação; objetividade e fidelidade, garantidas pela

escolha e definição de categorias bem estabelecidas; produtividade, devendo ser capaz de fornecer resultados férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos.

As unidades de registo surgem ao longo do texto, onde na discussão dos resultados obtidos estabeleceremos um paralelismo dos dados mais significativos aferidos na investigação com a literatura de referência na área.

A terceira fase da análise de conteúdo, é o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, pelo que se apresenta no próximo capítulo a análise e discussão dos resultados (Bardin,1977).

5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O método científico, de acordo com Freixo (2018), abrange todo o processo de obtenção de conhecimentos, desde os procedimentos devidamente autenticados de recolha, classificação, análise e, por fim, interpretação de dados.

Concluída a apresentação do conjunto de aspetos que orientaram metodologicamente a investigação, neste capítulo serão expostos os dados obtidos para compreender a percepção dos EESMO sobre o seu processo de integração num serviço de UO e BP.

A análise e discussão dos resultados inicia-se com a caracterização sociodemográfica e profissional das participantes.

Nos subcapítulos seguintes, apresentam-se os quatro domínios que emergiram da análise de conteúdo:

- Percepções sobre o processo de integração;
- Vivências do processo de integração;
- Enfermeiro supervisor clínico;
- Enfermeiro gestor.

Os domínios encontram-se subdivididos em categorias e subcategorias e as unidades de registo encontram-se ao longo do texto. No final de cada domínio, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos e estabelece-se um paralelismo dos dados mais significativos aferidos na investigação com a literatura de referência na área.

5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Da análise das características sociodemográficas e profissionais dos participantes, verificou-se, conforme apresentado na tabela 1, que as seis são EESMO do género feminino, com idades compreendidas entre os 30 e os 35 anos.

Relativamente às habilitações académicas, todas possuem Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

No que diz respeito à experiência profissional, as participantes têm em média dez anos de experiência profissional desde o início da sua atividade profissional.

No que concerne ao tempo de experiência profissional no exercício de funções EESMO no serviço de UO e BO em estudo, a média é de 13 meses, sendo o mínimo dois meses e o máximo de vinte e dois meses.

Tabela 1*Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes*

Participante (entrevistado)	Idade	Género	Habilitações literárias	Experiência profissional	
				Total (anos)	Funções Enfermeiro Especialista (Meses)
Entrevistado 1	30	Feminino	Mestrado	8	18 meses
Entrevistado 2	31	Feminino	Mestrado	9	2 meses
Entrevistado 3	33	Feminino	Mestrado	11	4 meses
Entrevistado 4	35	Feminino	Mestrado	9	14 meses
Entrevistado 5	35	Feminino	Mestrado	14	18 meses
Entrevistado 6	31	Feminino	Mestrado	9	22 meses

5.2 PERCEÇÕES SOBRE O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

Da análise do conteúdo das entrevistas, o primeiro domínio que emerge reporta-se à percepção dos enfermeiros sobre o seu processo de integração aquando do início de funções especializadas em saúde materna e obstétrica no serviço de UO e BP e pretende concretizar a forma como estes concetualizam e qualificam o mesmo. Este domínio congrega cinco categorias e respetivas subcategorias a seguir descritas.

a) Planificação e organização do processo de integração

Através do discurso das participantes, verificou-se que relativamente à planificação e organização do processo de integração a apresentação à equipa foi realizada pelo enfermeiro gestor a duas participantes e uma terceira refere que aconteceu de forma informal:

“As colegas ficaram todas a saber que eu era especialista. Sim, esse momento existiu” E4

“Acabou por ser espontâneo e não formal, não, já me conheciam e isso. Era mais ou menos expectável ... só não sabiam quando.” E5

“Sim, ao longo da integração, foram-me apresentados os diferentes profissionais em contexto de trabalho e disseram que eu já era especialista e estava a exercer” E6

A Ausência de apresentação à equipa foi referida por três participantes:

“Esse momento não existiu simplesmente apareci no horário pronto. E foi trabalhar” E1

“Devia haver essa essa apresentação porque na verdade é que eu acho que se calhar há médicos que não sabem que eu que eu sou especialista” E2

“(…) não houve um momento formal, ... foi acontecendo aos poucos foram vendo que estava a fazer partos” E3

“(…) há sempre aquela pergunta, lá está, quando me veem a partejar, tipo ah!” E5

A Duração do período de integração é uma subcategoria abordada pelas participantes, sendo que apenas três referem terem tido um período de integração, ainda que de curta duração:

“Não foi, não foi difícil, mas foi uma integração que eu acho que demorou algum tempo e que ...aquelas duas semanas não ...foi foi-se fazendo, não estive nenhum dia extra, mas tenho a noção de que ao final de duas semanas não estava assim tão apta para fazer tudo sozinha.” E2

“15 dias ou assim, não fiz logo noites, tive ali algum período em que só fazia mais manhãs e tardes.” E4

“Deve ter sido um ou dois turnos, mas foi uma coisa tão pequenina de pouco tempo.” E5

“Foi gradual, demorou cerca de duas ou três semanas, onde inicialmente acompanhei uma enfermeira especialista na sua prática diária, inicialmente com o turno da manhã e só depois o roulement.” E6

Contudo, três participantes relataram a total ausência de um período de integração, tendo esta subcategoria também sido realçada na categoria “Fatores dificultadores” que será apresentada mais à frente.

Assim, salienta-se dos discursos:

“Não tive nenhuma integração nada, nada.” E1

“Sim eu terminei o estágio e fui transferida para o BP sem integração.” E3

“o outro lado acha que tu já estás completamente integrado e, portanto, tu não ..., mas tu precisas desse espaço, o teu papel muda drasticamente porque é completamente diferente ser generalista no BP ou ser especialista no BP.” E5

“És um elemento novo! porque as tuas funções mudam drasticamente e, portanto, é um ... é como se fosses um elemento novo.” E5

Os Contributos do processo de integração foram salientados por uma das participantes:

“Achei que... que a integração é decisiva no sucesso e adaptação ao BP. Uma integração bem planificada beneficia não só a organização e o profissional, mas também as utentes... pode levar tempo para uma prática de qualidade. (...). É muito importante a integração na equipa multidisciplinar, (...) quanto melhor o processo de integração mais rápida se torna a nossa aquisição de autonomia profissional.” E6

b) Fatores dificultadores

A Inexistência de processo de integração já abordado anteriormente, foi considerado pelas três participantes como um fator dificultador da sua integração enquanto enfermeiras especialistas no BP:

“Depois quando fui para a nossa área cheguei ao BP e nada! ... não tive nenhuma integração. Apareci no horário pronto. E foi trabalhar.” E1

“Na verdade, em termos de integração acabou por não haver nenhuma, não aconteceu integração.” E2

“Estar como estudante ou como profissional não é a mesma coisa e depois havia muitas coisas que me faltavam... E pronto a integração não houve.” E3

“No primeiro dia ainda era para ficar acompanhada, mas faltou alguém e já não foi possível, então aí eu não tive processo de integração.” E3

A inexistência de enfermeiro supervisor clínico é abordada por cinco participantes:

“Apenas na primeira noite o único cuidado que houve foi de ficar com alguém mais experiente pronto ...na segunda noite fiquei na urgência sozinha.” E1

“O que eu fiz foi como já sabia uma semana antes de ficar escalada, mais ou menos, que ia ficar, tentei acompanhar a colega especialista que estava no turno e pronto.” E2

“As pessoas de referência eram as pessoas que iam estando no turno em que eu também estava escalada.” E3

“Estava mais conjugada com alguns profissionais de saúde sim, era conforme a escala” E4

“Não houve enfermeiro de referência, nos primeiros dias acho que tive então com uma colega ou com outra para tentar perceber ali as rotinas do serviço.” E5

O Ensino Clínico no BP: a realização por parte das participantes do ensino clínico no BP onde viriam posteriormente a exercer funções especializadas, foi na opinião das mesmas um fator condicionante no seu processo de integração.

Na opinião de três participantes, esta condição influenciou fortemente a forma como o enfermeiro gestor planeou e organizou os seus processos de integração:

“Isto é assim porque tinha lá estagiado no BP.” E1

“Acabou por ser diferente porque eu fiz aqui estágio e apesar de não estar lá a trabalhar já tinha noção do papel aqui.” E2

“O que aconteceu e que eu acho que isso influenciou o resto é que quando eu fui para o BP eu já tinha feito lá o estágio de BP há pouco tempo (...) mas lá está depois as funções que eu fui fazer eram diferentes das do estágio ... não é a mesma coisa. Já podia lá trabalhar porque o estágio tinha terminado” E3

c) Fatores facilitadores

A experiência profissional anterior do enfermeiro:

“(...) o facto de ter começado no serviço como enfermeira de cuidados gerais foi bom.” E2
“já tinha trabalhado no BP anteriormente apesar de estarmos a falar de instituições diferentes e era generalista (...) mas quer dizer acaba por haver um fio condutor que é inerente ao BP em si.” E5

O Apoio da equipa, foi uma percepção transversal a todas as participantes:

“É aquele apoio que está ali.” E1
“(...) da equipa houve ajuda mas realmente é um serviço muito específico” E2
“No início o que é que eu fazia: há mínima dúvida eu chamava a minha outra colega especialista e era isso.” E3
“A minha solução foi sempre questionar e senti sempre apoio.” E4
“Eu nunca me senti desamparada nesse aspeto nunca, os nossos colegas sempre foram muito impecáveis.” E5
“Toda a equipa proporcionou confiança e entreaajuda em todo o processo.” E6

Existência de enfermeiro SC, apenas uma participante referiu ter tido a experiência da SC durante a sua integração, tendo as restantes cinco referido o contrário como abordado anteriormente:

“Foi ótimo ter um enfermeiro para me acompanhar no processo de integração.” E6

Material de apoio, duas participantes destacaram a existência e disponibilização de materiais de apoio como um aspeto fator facilitador do planeamento e organização do processo de integração:

“Há um livro com os protocolos assim todos sintetizados, um dossier.” E1
“O serviço possui um dossier de protocolos e considero isso fulcral num processo de integração.” E6

d) Sugestões de melhoria do processo de integração

O Aumento da duração do processo de integração aparece como uma clara necessidade identificada por cinco das seis participantes:

“(...) claro tem que ser no mínimo um mês no mínimo, pelo menos tem que ser 1 mês se for uma recém especializada.” E1
“Deveria ser um mês acompanhada em que te vai sendo dado assim um espaço gradual.” E3
E3
“Mas o mínimo eu acho que era 2 semanas.” E3

“(...) prolongar ali o tempo de integração não ser só uma semana ou duas.” E4

“Cerca de um mês começarmos primeiro com os períodos da manhã depois passarmos para os períodos da tarde e depois e depois começarmos também a ser integrados nos períodos da noite.” E4

“Pelo menos ter ali aquele primeiro mês com um bocadinho mais de apoio acaba por ser benéfico para toda a gente.” E5

“Cada programa de integração deveria considerar as características pessoais e a experiência profissional de cada pessoa e só estar concluído quando têm condições para dar a resposta que o serviço exige, e isso pode demorar.” E6

Uma visita ao serviço de Internamento de Obstetrícia também é sugerida por três participantes, por entenderem que permitiria uma visão integral do circuito das utentes desde a sua admissão na UO até ao internamento de Obstetrícia:

“Eu senti muita falta de não conhecer o restante espaço e como é que era o circuito das senhoras, portanto acho que idealmente passaria por aí ser apresentada à equipa.” E1

“No caso o enfermeiro especialista devia ser apresentado, conhecer todos os serviços que estão inerentes aqui ao BP, a obstetrícia e todo o espaço físico e toda a equipa de internamento.” E2

“Para uma integração também seria muito interessante conhecer o internamento de Obstetrícia.” E4

A existência de Supervisor Clínico enquanto sugestão de melhoria do processo de integração é enfatizada por quatro das participantes que experienciaram a sua inexistência no início de funções especializadas no BP. Referem as participantes:

“Estar com alguém fixo que vai te guiando” E3

“O ideal pronto mesmo é ter um enfermeiro supervisor que esteja connosco” E4

“É importante é ter alguém... sim se tivéssemos alguém que fosse supervisor ou de referência.” E5

“Ter alguém (...) mostra-te experiências diferentes, formas de trabalhar diferentes abre o teu campo de Visão.” E5

“É fundamental estar definido um enfermeiro responsável pelo processo de integração do novo elemento.” E6

A apresentação das unidades de registo do domínio percepção dos enfermeiros sobre o seu processo de integração está finalizada, pelo que se prossegue a discussão dos resultados.

O período de integração dos enfermeiros deve ser cuidadosamente planificado e organizado, pelo enfermeiro gestor, por meio de uma liderança de apoio (Lindfors et al., 2018). O REPE, refere que com o intuito dos enfermeiros admitidos nos serviços desenvolverem competências

e aperfeiçoamento profissional, os supervisores e a restante equipa, devem contribuir para a integração daqueles primeiros (Decreto-Lei n. 161/96 de 04 de setembro, 1996).

Benner (2001) e Abreu (2007) salientam a importância de programas de integração adaptados às necessidades individuais dos enfermeiros, assim como às especificidades dos serviços. Também a OE (2017), referindo-se à integração de enfermeiros e ao processo de integração corrobora que este é determinante para o sucesso da adaptação do enfermeiro ao serviço.

Os contributos e vantagens dos processos de integração bem estruturados encontram-se amplamente evidenciados na literatura. Porém, a análise ao conteúdo das entrevistas realizadas neste estudo, revela que o processo de integração de EESMO no serviço, apresenta lacunas significativas em várias dimensões: na apresentação à equipa; na duração excessivamente curta ou inexistência; bem como ao nível do processo supervisorio.

Chillakuri (2020), argumenta que o acolhimento do profissional ao novo serviço é de extrema importância, pois contribui para uma integração facilitada e desenvolvimento profissional, e, no entanto, três das seis participantes referiram não terem sido devidamente apresentadas à equipa multidisciplinar.

A ausência de um período de integração, foi relatada por três participantes, e as restantes três referiram que o período de integração que experienciaram foi de curta duração. Para além deste fator dificultador, a ausência de um enfermeiro supervisor clínico também foi referido por cinco participantes.

Estes resultados, são, na nossa opinião, preocupantes pois comprometem uma transição socioprofissional segura, e, conseqüentemente o bem-estar dos profissionais e a segurança e qualidade dos cuidados prestados à população.

Nunes (2011) ressalva que “a dinâmica do trabalho e das equipas não emerge de um dia para o outro e é preciso formação e investimento para formar equipas de elevado desempenho” (p.5). A este respeito, também Coelho e Adriano (2021) referem que um programa de integração bem estruturado, é sem dúvida fundamental a uma aprendizagem individualizada, indispensável para uma transição socioprofissional segura, devendo ser acompanhada e supervisionada em processos de SC, de forma que se promova a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem.

O percurso formativo do enfermeiro que ambiciona a obtenção do título de EESMO tem componentes de ensino teórico - técnico, sob a forma de estágios orientados com pelo menos 800 horas/mínimo de contacto. Esta formação constitui-se num período de aprendizagem essencial ao desenvolvimento das competências específicas do EESMO (Regulamento nº391/2019 de 3 de maio, 2019).

Este ensino clínico tem uma longa duração, de forma a que o enfermeiro fique devidamente habilitado ao exercício das funções especializadas, e não deverá, no nosso entender substituir o período de integração do EESMO recém-integrado no serviço.

No entanto, o ensino clínico realizado no BP da ULS em estudo, onde posteriormente três das participantes iniciaram funções de EESMO, constituiu-se num fator dificultador da sua integração, por, na opinião das mesmas, ter sido o argumento do enfermeiro gestor para a ausência ou curta duração do período de integração.

A experiência anterior do profissional em integração, tal como nos refere Benner (2001), poderá facilitar a rápida evolução até ao nível de perito na nova área de prestação de cuidados e contexto, contudo inicialmente ele estará novamente ao nível de iniciado. Este foi um dos aspetos referidos pelas participantes como um fator facilitador, aliado ao apoio e suporte da equipa.

A existência de material de apoio é da responsabilidade dos serviços de saúde, na medida em que, ao proporcionar um conjunto materiais de apoio inerentes ao funcionamento da organização de saúde os contextos de trabalho atribuem uma significação às práticas de saúde (Abreu, 2007). Duas participantes destacaram a importância da existência de material de apoio disponível no serviço, o que lhes permitiu ter acesso aos protocolos do serviço e facilitar a sua integração. A existência de cartazes afixados nas salas de trabalho, com fluxogramas foram também evidenciados como relevantes pelas participantes.

Por fim, importa enaltecer as sugestões de melhoria que as participantes elencaram: o aumento da duração do processo de integração; a visita ao serviço de Internamento de Obstetrícia e a existência de enfermeiro supervisor clínico.

A duração do processo de integração e a existência de enfermeiro supervisor clínico, são dois fatores já abordados enquanto dificultadores do processo de integração no serviço em estudo, e que ao longo deste trabalho continuam em discussão.

A visita ao serviço de Internamento de Obstetrícia, é uma sugestão efetuada por três participantes. Conhecer o percurso das utentes desde a sua admissão até ao internamento, bem como os profissionais que lá desempenham funções, estreita as relações profissionais entre as equipas e facilita a comunicação. Esta sugestão, revela em nosso entender, a vontade das participantes em conhecer o contexto organizacional de forma mais abrangente.

Na tabela 2, a seguir apresentada, encontram-se as categorias e subcategorias referentes ao domínio perceções sobre o processo de integração.

Tabela 2*Percepções sobre o processo de integração*

Categoria	Subcategoria
Planificação e Organização do Processo de integração	Apresentação à equipa
	Ausência de apresentação à equipa
	Duração
	Ausência de um período de integração
	Contributos do processo de integração
Fatores dificultadores	Inexistência de processo de integração
	Inexistência de enfermeiro supervisor clínico
	Ensino Clínico no Bloco de Partos
Fatores facilitadores	Experiência profissional anterior
	Apoio da equipa
	Existência de enfermeiro supervisor clínico
	Material de apoio
Sugestões de melhoria do processo de integração	Aumento da duração
	Visita ao serviço de Internamento de Obstetria
	Existência de Supervisor Clínico

5.3 VIVÊNCIAS DURANTE O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

No domínio das vivências das participantes durante o processo de integração emergiram três categorias: caos inicial; estratégias pessoais adotadas e responsabilidade acrescida.

a) Caos inicial

Todas as participantes relataram terem vivenciado medo e algum sentimento de Finsegurança e stresse:

“(…) rezar para correr tudo bem (…) senti-me muito mais insegura (…) na verdade eu tinha de decidir e tinha que fazer não sei quê sob pressão.” E1

“(…) não é fácil, fui literalmente atirada aos lobos.” E1

“A parte de ser responsável de turno precisava de integração sim.” E2

“O medo não é o parto porque no momento do parto nunca estás sozinha, e depois a criança vem cá para fora e aí é bom que não aconteça nada porque aí a seguir ficas sozinha. E era esse o meu receio.” E3

“É difícil é gerir o medo porque nós sabemos que as coisas podem acontecer e temos noção que não havendo tanta experiência pode ali dificultar a ação.” E3

“Nunca tive tanto medo (...) senti muita insegurança (...) pronto é um processo que ainda se está a gerir o medo.” E3

“Quando tu és atirada assim aos leões tens mesmo que ser autónoma.” E3

“Há muita coisa que ainda tenho medo tá? e se calhar pela vida toda, não é? há sempre situações que nos stresseam.” E3

“Bem eu mantive-me no mesmo serviço, mas com funções diferentes, não é? Isso traz insegurança.” E4

“Tive grandes dificuldades na transição porque, na realidade tu estás com uma luta interna, não é? que é a tua transição de papéis e ao mesmo tempo acabas por te sentir um bocadinho perdido.” E5

“não posso dizer que me sinta propriamente mal ou insegura porque estamos numa equipa, mas lá estava sempre a perguntar.” E5

“No início estava insegura, mas ao longo do tempo senti-me cada vez mais capacitada.” E6

b) Estratégias pessoais adotadas

As participantes relataram no seu discurso quais as estratégias pessoais que adotaram para ultrapassar o caos inicial experienciado, nomeadamente: suporte dos pares; reflexão das práticas; atualização científica e proatividade no seu percurso adaptativo.

Suporte dos pares

“Apoiava-me nas colegas claro! tirava sempre as dúvidas.” E1

“Mas é bom sentir que se houver alguma dúvida que eu tenha eu tenho alguém a quem recorrer.” E2

“No início eu ia sempre pedindo opinião.” E3

“Há mínima dúvida eu chamava a minha outra colega especialista para... mesmo para confirmar com ela que o que estava a fazer estava bem era... era bem.” E3.

“Optei sempre muito por questionar os colegas não é.” E4

“Senti que quando tinha dúvidas acerca de uma senhora podia sempre questionar.” E4

“Se houvesse alguma coisa que eu precisasse havia ali alguém que eu podia debater ideias com a colega. Sou aquele tipo de pessoa que na dúvida eu não tenho problemas em perguntar.” E5

Reflexão das práticas

“(…) depois elas diziam olha não, se calhar fazíamos assim, se calhar.” E1

“Debate de ideias de situações e casos concretos, não é? como é que faço neste caso e naquilo.” E1

“(…) com as colegas especialistas fui tentar perceber pronto como é que elas fazem em termos de dinâmicas o que é que acaba por ser aquilo que normalmente é o mais é o mais consensual.” E2

“(…) foi realmente acho que um debate de ideias.” E2

“Debater casos concretos exatamente para perceber também se a minha linha de pensamento estava a ir bem.” E3

“Para ter a opinião de pessoas mais experientes.” E3

“Questionar como é que são as melhores práticas, como é que fazem em determinadas situações.” E4

“Situações difíceis de resolução sim e muitas vezes nós estamos a partilhar experiências porque são situações que eventualmente nos podem acontecer mais tarde.” E5

“Temos uma visão e o nosso colega tem uma visão completamente diferente e, portanto, essa partilha de experiências é algo bastante positivo.” E5

“A partilha de experiências e de diversas perspetivas/ideias de trabalho entre equipa de modo a refletir sobre as próprias vivências.” E6

“Falar de situações concretas e de como resolvê-las ou como é que foram resolvidas.” E6

Atualização científica

“(…) estudava muito para ficar mais confiante possível.” E1

“(…) tentei perceber as principais patologias que temos aqui normalmente internadas e pronto fui rever.” E2

“(…) eu vinha de uma realidade que que nada tinha a ver com com obstetrícia (...) acabou por ser muitos protocolos novos.” E2

“Esclarecer naquilo que aprendi na teórica para depois aplicar na prática no dia a dia de acordo também com o que fazem no serviço.” E4

“Trabalho diário, de estudo e capacitação.” E6

Proatividade

“(…) é ler os protocolos serviço.” E1

“(…) a pessoa tem que ser proactiva.” E1

“Houve dedicação, ou seja, exigiu de mim lá está a ir conhecer e tentar compreender como é que (...) como é a melhor forma de trabalhar.” E2

“(...) como já sabia uma semana antes mais ou menos que ia ficar, tentei acompanhar a colega especialista que estava no meu turno.” E2

“(...) fui aproveitar mesmo tudo ao máximo absorvia também tudo da experiência das colegas.” E3

“Eu acho que é um trabalho um bocadinho mais interno, tu tens que perceber que o teu papel muda, então a tua postura também tem que mudar.” E5

“Uma boa comunicação, penso ser a base de um bom entendimento entre pessoas e ser responsável.” E6

c) Responsabilidade acrescida

A responsabilidade acrescida inerente ao exercício profissional do EESMO e a complexidade dos cuidados em contexto de BP revelaram-se aspetos impactantes na vivência das participantes em processo de integração:

Complexidade dos cuidados

“(...) na nossa área que é a saúde materna e pela responsabilidade que tu tens é diferente, não é?... porque tu tens duas vidas na mão.” E1

“É um serviço demasiado específico ...com muito protocolo diferente da maioria dos serviços do hospital.” E2

“Sem dúvida que o facto de ter competências acrescidas também me também acaba por me inculir mais responsabilidade.” E2

“As nossas responsabilidades e todas as nossas competências alteram-se a partir do momento em que somos especialistas.” E4

“Na realidade passas a assumir funções diferentes e responsabilidades muito diferentes.” E5

À semelhança do que a literatura evidência (Pinheiro et al. 2014; Peltikorpi, 2022), o relato das participantes revelou que o período de integração ao serviço e às novas funções, esteve claramente associado à vivência de um período de caos inicial onde os sentimentos de insegurança, ansiedade e stresse predominaram numa fase inicial. O sentimento de insegurança é comum aos profissionais que se encontram em processo de integração, pelo que na opinião de Peltikorpi (2022) devem ser implementadas táticas de socialização ao longo deste processo com o objetivo da redução da ansiedade e incerteza por parte do novo colaborador. A este respeito Pinheiro et al. (2014) consideram que o processo de integração é uma fase crucial da adaptação e desenvolvimento do novo elemento, onde cada uma das partes aprende a ajustar-se à outra, reduzindo-se assim progressivamente o medo e a insegurança.

Felli e Peduzzi (2010) referem como vantagens de um processo de integração a diminuição do stresse, frustração e conflito, aumento da autoconfiança, autodesenvolvimento e satisfação no trabalho executado. Em oposição, as experiências negativas dos enfermeiros recém integrados podem comprometer a organização, pois conduzem a uma grande rotatividade entre os enfermeiros e causam frustração aos enfermeiros experientes (Lindfors et al., 2018).

As estratégias pessoais adotadas pelas participantes, surgem fruto da proatividade no seu processo de integração, concretizada através do suporte dos pares e atualização científica. Tal como nos refere Pinheiro et al. (2014) é mediante a reflexão as práticas e de um processo de co implicação que se impulsiona o contínuo desenvolvimento profissional.

O EESMO possui as competências profissionais, científicas, técnicas e humanas necessárias ao exercício profissional em contexto de UO e BP (OE, 2016). Na análise de conteúdo das entrevistas às participantes, é evidente o sentimento de responsabilidade acrescida no exercício das funções de EESMO. Na análise ao domínio das perceções sobre o processo de integração, discutido anteriormente, percebeu-se que a transição socioprofissional encontra-se comprometida nas participantes deste estudo, o que, em nosso entender, exacerba os sentimentos vivenciados no caos inicial e de responsabilidade acrescida.

De seguida, na tabela 3, apresenta-se o domínio das vivências das participantes durante o processo de integração.

Tabela 3

Vivências durante o processo de integração

Categoria	Subcategoria
Caos inicial	Medo, insegurança e stresse
Estratégias pessoais adotadas	Suporte dos pares
	Reflexão das práticas
	Atualização científica
	Proatividade
Responsabilidade acrescida	Complexidade dos cuidados

5.4. O ENFERMEIRO SUPERVISOR CLÍNICO

A existência de um enfermeiro supervisor clínico foi referida apenas por uma participante, que foi a única a vivenciar a experiência do processo supervisivo durante a sua integração. Por esse motivo, foi considerado um fator facilitador do processo de integração, por outro lado, foi enfatizado pelas restantes participantes enquanto sugestão de melhoria do processo de integração no BP onde exercem funções.

Assim, emergiu o domínio do “enfermeiro supervisor clínico”, retratando as representações das enfermeiras sobre o supervisor clínico.

a) Perfil do Supervisor Clínico

Neste domínio, foi identificada a categoria perfil do supervisor clínico, com três subcategorias evidenciadas nos discursos, nomeadamente ao nível das competências: profissionais, pedagógicas e humanas e relacionais.

As Competências profissionais – *Expertise*, são na opinião das seis participantes um aspeto relevante:

“(...) portanto dos mais velhos! não é...” E1

“Sempre com uma colega que domine muito bem o serviço... conhecer os protocolos, a forma como nós trabalhamos as dinâmicas do serviço.” E1

“(...) tem que ser há alguém que conheça o serviço, conheça bem.” E2

“Uma pessoa experiente ... a experiência acaba por ser muito importante porque a experiência vai te dar respostas vai te dizer a forma como agir também perante complicações essencialmente acho que é isso experiência, conhecimento uma coisa também leva a outra na verdade.” E3

“É importante o conhecimento, conhecimento sobre a teoria também atual, e evidência científica.” E4

“Devem ter conhecimento porque é inerente, tu não podes ensinar uma coisa que tu não sabes.” E5

“É bom que ... que seja competente.” E6

“Deve ser experiente no serviço em questão, para poder dar a conhecer o serviço... as rotinas.” E6

Competências pedagógicas:

“(...) não é para fazer por ti, porque senão depois tu precisas de ficar sozinha... no fim de tu fazeres, então perguntas: o que é que fazias para fazer melhor?...este *rapport*, tem sempre que existir.” E1

“Que seja uma pessoa disponível para para ensinar e depois explicar, que tenha paciência nestes primeiros tempos.” E2

“Uma atitude calma, mas não é a calma que eu quero dizer, é no sentido de ser fácil a comunicação, discutir os assuntos mais uma vez ou falar de casos concretos, é isso.” E3

“Há pessoas que sabem imenso, mas não têm uma boa forma uma boa capacidade de transmitir essa informação, sim isso é importante.” E5

“Alguém que te dê a liberdade para, porque se a pessoa também for muito opressora tu acabas por não conseguir crescer (...) mas ao mesmo tempo também tem que ser alguém que tenha sempre ali a mão e te deixe em segurança.” E5

“Exigente, promotora de autonomia e confiança.” E6

“Ver como estamos a evoluir, as dúvidas que ainda temos e assim.” E6

Competências humanas e relacionais

“(...) que seja acessível para também a haver ali uma relação de interajuda e entre equipa com este novo elemento.” E1

“Deve ser uma pessoa aberta para tirar dúvidas e estar disponível.” E1

“(...) tem de haver *teambuilding*.” E1

“(...) seja bom comunicador que que seja uma pessoa prestável.” E2

“Disponibilidade para ajudar o outro, empatia.” E4

“Trabalha em equipa.” E4

“Tem que criar uma relação de confiança com aquela pessoa porque eu acho que é extremamente importante isso.” E5

“Ter competências de comunicação, não é?” E6

O discurso dos participantes reitera as funções do supervisor clínico preconizadas pela OE no Regulamento n.º 366/2018 de 14 de junho (2018), na medida em que este deve promover ambientes afetivo relacionais favoráveis, uma relação empática e de confiança com o supervisionado, bem como criar condições para discutir e esclarecer os aspetos inerentes às situações experienciadas. Nesse regulamento é referido que o enfermeiro com funções de supervisor clínico deve promover e facilitar a tomada de decisão pelo supervisionado, desenvolver com este uma comunicação interprofissional, tendo em vista a obtenção de elevados padrões de qualidade.

O objetivo final da SC é seguramente promover o desenvolvimento de competências no supervisionado, garantindo assim a transição socioprofissional segura referida (Coelho & Lourenço, 2004; Rocha, 2014; Pollock et al., 2017).

De salientar, que apesar de não estar amplamente instituído o processo supervisivo na integração dos EESMO no serviço estudado, encontram-se identificadas no discurso das participantes as características do SC, tal como referidas por Pollock et al. (2017).

De seguida, apresenta-se a Tabela 4 referente ao domínio do enfermeiro supervisor clínico.

Tabela 4

O Enfermeiro Supervisor Clínico

Categoria	Subcategoria
Perfil do Supervisor Clínico	Competências profissionais - <i>Expertise</i>
	Competências pedagógicas
	Competências humanas e relacionais

5.5 O ENFERMEIRO GESTOR

O domínio do “enfermeiro gestor” emergiu, com o intuito de retratar as representações das participantes acerca do contributo deste na integração dos enfermeiros especialistas no serviço. Foi possível, pela análise dos dados, identificar duas categorias, o perfil do enfermeiro gestor, e Planeamento, organização, direção e controlo.

a) Perfil do Enfermeiro Gestor

No discurso das enfermeiras foram evidenciadas a empatia e a gestão de conflitos na subcategoria Competências humanas e relacionais:

“Senti abertura para falar e senti-me bem e confortável.” E4

“São serviços muito, muito stressantes e, portanto, às vezes os ânimos acabam por se exaltar um bocadinho e, portanto, tem que ser alguém que seja capaz de gerir conflitos de forma tranquila.” E5

Relativamente às Competências profissionais as participantes julgaram ser determinantes a capacidade de diálogo, ser bom líder e ainda a habilidade de atribuir responsabilidades aos elementos da equipa de acordo com as suas competências e aptidões:

“(…) o gestor basicamente tem de escolher o integrador tem que escolher bem quem vai integrar (...) escolher uma boa pessoa.” E1

“Tem que ter algumas competências de apoio também de informação por aí... tipo de entrevista... entrevista vou lhe perguntar como é que está a correr.” E4

“um gestor deve ser acima de tudo um bom líder.” E5

“Uma pessoa que consiga perceber as características das pessoas que chefia, para conseguir potenciar ao máximo as qualidades de cada um.” E5

“se tu sabes que aquela pessoa tem a qualidades para supervisor então o melhor é potenciar essa qualidade e não obrigar alguém que não tem se calhar essa capacidade a fazer o mesmo trabalho.” E5

b) Planeamento, organização, direção e controlo

A categoria planeamento, organização, direção e controlo está dividida em quatro subcategorias a seguir descritas.

O Acolhimento do profissional já tinha sido anteriormente debatido no domínio das perceções sobre o processo de integração pelas participantes, sendo aqui novamente debatido quando se referem à participação do enfermeiro gestor no processo de integração:

“Apresentou-me a toda a equipa como enfermeira especialista, ter esse momento.” E4

“É importante também numa fase inicial o chefe apresentar-nos não logo à prática, mas sim algo mais teórico que numa espécie de formação tipo existir uma formação: agora és especialista as tuas funções são estas.” E4

“É responsável pela transmissão de informação acerca da instituição, dar a conhecer o manual de procedimentos, bem como dos deveres do cargo.” E6

A Implementação de um plano de integração é maioritariamente referido pelas participantes como sendo uma responsabilidade do enfermeiro gestor:

“Tem um papel importante na questão de promover de sim promover que haja um tempo de integração.” E2

“Eu acho que seria muito importante tu estares extranumerário e isso depende de facto do chefe.” E3

“Acho que devia se pensar melhor nas pessoas que estão em formação para depois também se conseguir dar mais oportunidades a quem está de integração, porque o mesmo enfermeiro não consegue dar atenção aos dois.” E5

“Mas é preciso que no horário seja contemplada a integração (...) Penso que ele deve ajustar o horário, sim é fundamental.” E6

A escassez de RH no serviço é evidenciada pelas participantes:

“(…) primeiro tinha que haver mais RH pois tu não consegues tu não consegues fazer uma integração como deve ser.” E1

“(…) é de loucos como é que uma colega ainda consegue estar a integrar uma colega nova? claro é impossível.” E1

“Devia haver mais pressão perante a administração, no sentido de a administração perceber que efetivamente é importante haver mais profissionais para que as integrações sejam feitas.” E3

O Contributo do enfermeiro gestor na integração está implícito em categorias anteriormente referidas, nomeadamente no acolhimento do profissional, na elaboração e implementação dos processos de integração, nomeação de supervisores clínicos, como também é evidenciado pelas participantes pela sua atitude atenta e proficiente junto da equipa:

“Mostrar-se disponível para esclarecer dúvidas e para ajudar também na integração junto com os colegas e com a equipa.” E2

“Dizer e lembrar que existe um elemento novo e que pode precisar e que pode ter mais alguma dificuldade, que precise de algum apoio, ou seja solicitar por parte da equipa algum apoio nesse sentido.” E2

Ao enfermeiro gestor, no parecer de Costa et al. (2016) são necessárias competências que assentam num vasto corpo de conhecimentos no domínio da governação clínica, inteligência emocional e ainda formação em comunicação. Costa et al. (2016) argumentam ainda, que é desejável que os gestores assumam uma postura empreendedora que permita a existência de um ambiente de trabalho adequado, com o envolvimento e satisfação da toda a equipa.

Quanto ao perfil do enfermeiro gestor, corroborando a opinião de Lindfors et al. (2018) ao referir que uma liderança de apoio e boas relações interpessoais devem ser os princípios orientadores do período de integração, as participantes evidenciaram as competências humanas e relacionais que o devem caracterizar.

O discurso das participantes, relativamente às competências profissionais, vai ao encontro da opinião de Tappen (2005), quando este refere que um enfermeiro gestor eficaz conhece os diferentes elementos do seu grupo, as suas aspirações e motivações, tendo assim a oportunidade de potenciar as competências individuais em prol da sua equipa.

A OE (2017) sustenta que uma integração bem planeada beneficiará a organização o profissional e os utentes, ao permitir uma adaptação segura e eficiente do profissional. Compreende-se assim, que é basilar que exista um tempo de adaptação e aprendizagem, sustentado num plano de integração estruturado, individualizado e com um acompanhamento supervisionado.

O Regulamento n. 76/2018 de 30 de janeiro (2018) evidencia no domínio da competência acrescida avançada em gestão: a gestão da mudança; o desenvolvimento profissional e organizacional e ainda o planeamento, organização, direção e controlo. Estas competências do enfermeiro gestor foram abordadas nas entrevistas pelas participantes, tendo sido agrupadas na categoria.

Em síntese, os excertos do discurso das participantes corroboram alguns dos princípios inerentes ao papel do enfermeiro gestor preconizado pela OE (2015a), que considera que a intervenção dos enfermeiros gestores constitui um fator estratégico e determinante no desenvolvimento dos enfermeiros, através da criação de condições favoráveis ao exercício profissional de qualidade. Também O'Donovan e McAuliffe (2020) advogam que os locais de trabalho liderados por indivíduos que promovem a inclusão a uma cultura de expressão e diálogo são promotores de ambientes laborais saudáveis.

A implementação de um plano de integração é maioritariamente referida pelas participantes como sendo uma responsabilidade do enfermeiro gestor, opinião também sustentada pela literatura e documentos oficiais reguladores da nossa profissão (APEGEL, 2009; OE, 2017; DL n. 71/2019, de 27 de maio, 2019). No Regulamento n. 76/2018 de 30 de janeiro (2018) está explanado que ao nível da competência da gestão operacional é uma competência do enfermeiro gestor elaborar um “plano de integração dos diferentes profissionais” (p. 3486).

A escassez de RH é um dos fatores evidenciados pelas participantes, para justificar processos de integração curtos ou no extremo inexistentes, admitindo que sua a implementação não será fácil por esse motivo e que condiciona a dotação segura no serviço. O respeito pela dotação adequada de enfermeiros, com o nível de qualificação e perfil de competências adequados aos contextos laborais, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde à população alvo. Neves (2019) ressalva que “De acordo com a evidência científica o investimento na dotação segura promove a criação de valor em saúde e a redução dos custos associados aos cuidados (...) a dotação é preditora da qualidade e segurança dos cuidados” (p. 333).

Neste contexto, de escassez de RH, cabe ao enfermeiro gestor procurar em conjunto com a organização implementar estratégias que mitiguem o problema. Na opinião de Nunes, a fim de prover os contextos de prática de cuidados de enfermagem com os RH necessários “... em muitas situações, é necessária negociação, coragem, empenhamento, para realizar o planeamento e esforçar-se por obter as dotações seguras para os contextos. E persistir em querer ter dotações seguras” (Nunes, 2011, p. 6).

Os resultados da análise de conteúdo das entrevistas, permitem sustentar que as participantes evidenciam ter conhecimento da legislação e do que está advogado na literatura acerca das funções e responsabilidades do enfermeiro gestor, porém não se verifica na prática a implementação de um processo de integração dos EESMO no serviço estudado.

O domínio do enfermeiro gestor encontra-se a seguir representado na Tabela 5.

Tabela 5*O Enfermeiro gestor*

Categoria	subcategoria
Perfil do Enfermeiro Gestor	Competências humanas e relacionais
	Competências profissionais
Planeamento, organização, direção e controlo	Acolhimento do profissional
	Implementação de um plano de integração
	Escassez de Recursos Humanos
	Contributo do enfermeiro gestor na integração

Para concluir este capítulo, importa salientar que através da realização das entrevistas foi possível reunir uma visão da realidade em estudo, e acredita-se ter-se alcançado a saturação dos dados nas entrevistas realizadas, uma vez que foi possível captar a perceção e experiência de EESMO recém-integradas. Sendo estas que sabem, melhor que ninguém, o resultado das práticas de integração implementadas no serviço em estudo, os aspetos positivos, as lacunas e as dificuldades sentidas ao longo de todo o processo e quais as alterações necessárias a um melhor funcionamento do mesmo.

Sendo a enfermagem uma profissão baseada na evidência científica, somos da opinião que é através de uma prática clínica supervisionada eficaz que os enfermeiros recém-admitidos a um novo contexto, aprendem a aplicar os conhecimentos e desenvolvem as atitudes e capacidades requeridas para uma prática competente.

Terminada a análise e discussão dos resultados, afigura-se importante reiterar a indubitável necessidade de implementar práticas de integração e SC nos contextos da prática de enfermagem, de acordo com as boas práticas e a mais atual evidencia científica. Dada a lacuna identificada ao nível do processo de integração dos enfermeiros especialistas, o enfermeiro gestor deverá ser o elo entre os objetivos organizacionais e as necessidades da equipa de enfermagem. Este tem um papel dinamizador nos processos de melhoria continua da qualidade nesse âmbito, de forma a primeiramente criar condições para dotar a equipa com enfermeiros com competência acrescida em SC, para de seguida envolvê-los num programa de integração bem estruturado, mas suficientemente flexível para responder às necessidades individuais do profissional a integrar.

CONCLUSÃO

A integração de enfermeiros, particularmente dos enfermeiros especialistas, nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde, é determinante, sendo promotora do seu desenvolvimento pessoal, social, ético e profissional no exercício de uma prática clínica altamente diferenciada, que garanta a excelência dos cuidados prestados, a segurança dos doentes e se comprometa com a missão da organização de saúde.

Este último capítulo, consiste no culminar de todo o processo de revisão de literatura e da investigação empírica que, juntos, suportam este trabalho de investigação, permitindo, desta forma, responder à questão de investigação inicialmente proposta neste estudo, bem como proceder às considerações finais do mesmo.

A literatura consultada valida que a investigação é essencial para o desenvolvimento de um domínio do conhecimento, para a documentação de uma prática e, possivelmente para a melhoria da qualidade das práticas que ainda não se encontram otimizadas.

Do nosso ponto de partida conceptual, a pesquisa realizada permitiu identificar as vantagens da integração de novos profissionais e o importante papel que a SC desempenha para que seja bem-sucedida. O período de integração constitui-se numa fase crucial de adaptação e desenvolvimento do novo enfermeiro à equipa, ao serviço e instituição, onde cada uma das partes aprende a ajustar-se à outra, reduzindo-se assim o medo e a insegurança, num ambiente que se pretende controlado e sob supervisão especializada.

Fazendo uma análise das recomendações defendidas pela OE relativamente aos processos de integração com a realidade do contexto de trabalho estudado, deparámo-nos com lacunas significativas em diversas dimensões, o que confirmou o problema que nos motivou à construção deste estudo. A problemática levou à formulação da questão: Qual a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica sobre o seu processo de integração?

Através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas a seis EESMO, que vivenciaram o processo de integração num serviço de UO/BP, de uma ULS da região centro de Portugal, emergiram quatro domínios principais: perceções sobre o processo de integração; vivências do processo de integração; enfermeiro supervisor clínico e enfermeiro gestor.

O resultado deste estudo indicia que o processo de integração e de SC dos EESMO recém-admitidos tem sido negligenciado e, por vezes, até inexistente. São descritos como fatores dificultadores lacunas ao nível da planificação, organização e duração do processo de integração, do qual resultam um acompanhamento e feedback deficientes, apesar de essenciais ao desenvolvimento progressivo de competências e da autonomia. Outro aspeto dificultador a realçar, é o facto do processo supervisivo e a atribuição de supervisor clínico

aos EESMO, em processo de integração, não ser uma prática consolidada no serviço. Com efeito, está descrito na literatura consultada o impacto positivo da SC, contudo, apesar das vantagens documentadas não se observa a implementação dessa evidência científica no contexto estudado.

Sublinha-se que a análise dos resultados permitiu, também, identificar aspetos positivos e facilitadores do processo de integração, nomeadamente a experiência profissional anterior, uma vez que não se trata de um grupo de enfermeiros recém-licenciados, mas sim recentemente especialistas, aliado ao apoio e suporte por parte da equipa de enfermagem, bem como ao material de apoio disponibilizado. A existência de enfermeiro supervisor clínico é também referido como aspeto facilitador, apesar de ser pouco implementado no serviço.

Outro resultado fundamental a reter, é que devido ao facto de as participantes terem tido um contacto prévio com o serviço aquando da realização da componente teórico prática em BP durante a sua formação em EESMO, este revelou ser um fator condicionante das dinâmicas implementadas na integração pelo enfermeiro gestor. É salientado que o ensino clínico lhes permitiu conhecer e apreender aspetos relevantes aos circuitos e funcionamento do serviço, mas não na sua total abrangência, pelo que consideram esse acontecimento como dificultador da sua integração no serviço.

À semelhança do que a literatura apresenta, a reflexão das enfermeiras participantes acerca do seu processo de integração evidenciou um conjunto de vivências, intituladas de caos inicial. O medo, a insegurança, ansiedade e stresse, resultam essencialmente das exigências da profissão, das competências especializadas acrescidas e exercidas em ambientes de trabalho complexos, aliados à escassa experiência profissional e à insuficiente integração.

A fim de ultrapassar estas vivências são adotadas estratégias pessoais, que permitem obter um conhecimento mais aprofundado da dinâmica do serviço e devolver a autoconfiança que se encontra fragilizada. As participantes salientaram a importância da iniciativa e motivação na procura individual do conhecimento, pela consulta de material de suporte e atualização científica, postura proactiva, bem como pela identificação e análise das dificuldades sentidas e debate com os pares.

É notável que apesar da escassa implementação da SC no serviço, é unânime o reconhecimento da importância da implementação de estratégias de supervisão durante a integração. No domínio da SC, o resultado deste estudo destaca o perfil do supervisor clínico, o qual deverá ser possuidor de uma elevada competência profissional, pedagógica e relacional, tal como descrito na literatura consultada.

Relativamente ao domínio do enfermeiro gestor, os discursos analisados salientam a empatia e a capacidade de gestão de conflitos enquanto líder da equipa, aliado às competências

profissionais, pedagógicas e relacionais. Igualmente importante é a implementação de estratégias pelo enfermeiro gestor, a fim de proporcionar condições para dispor, dentro da equipa, de enfermeiros com formação em SC e responsabilizá-los pela integração e supervisão dos seus pares.

Neste enquadramento, considera-se que esta investigação permitiu compreender as dinâmicas decorrentes do processo de integração de EESMO em contexto de UO / BP, bem como identificar os aspetos por estes considerados influentes na sua integração, permitindo dar resposta aos objetivos propostos.

Este estudo vem reforçar a necessidade e a importância da normalização, a nível organizacional, do processo de integração de enfermeiros, em particular de EESMO, onde o respeito pela dotação adequada de enfermeiros, com o nível de qualificação e perfil de competências adequados aos contextos laborais são aspetos fundamentais para se atingirem índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde à população alvo. Neste contexto, o enfermeiro gestor tem um papel determinante, sendo crucial o seu envolvimento nos processos de gestão, que incluem a integração de enfermeiros, com vista a promover a mudança e a melhoria contínua das práticas e da qualidade dos cuidados.

Concluída a investigação, e realizando uma retrospectiva à mesma, identificaram-se algumas limitações ao estudo realizado. Neste contexto, uma dificuldade sentida ao longo do curso do trabalho consistiu na escassez de estudos específicos acerca da integração de enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, pois naturalmente o acréscimo de competências destes profissionais influencia a relevância de se encontrarem otimamente integrados numa equipa, para aí autonomamente exercerem as suas funções. Estamos cientes de que a generalização dos resultados é outra limitação, considerando o tipo de estudo realizado e por se tratar de um estudo realizado num único serviço.

Este estudo constitui-se como um ponto de partida para outras investigações, sugerindo-se que possa ser replicado noutros contextos, nomeadamente em outras instituições e com enfermeiros de outras áreas de especialidade. Deste modo, espera-se contribuir, no futuro, para o desenvolvimento e a implementação de um modelo supervisiivo específico na integração de enfermeiros especialistas.

Neste enquadramento, considera-se emergente investir na gestão das unidades de cuidados, assente numa cultura organizacional, que de forma coerente e integrada contribua para a plena integração dos enfermeiros, em particular dos EESMO, de forma a dignificar a profissão e promover a segurança e a excelência dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. 2007. *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Formasau.
- André, A. R., & Rodrigues, A. C. (2014). Emergência e desenvolvimento do conceito de competência. *Conferência - Investigação E Intervenção Em Recursos Humanos*, (4). <https://doi.org/10.26537/iirh.v0i4.2071>
- Antunes, M. J. (2019). Lei de Bases da Saúde: a importância da Base 18. *Jornal O Público*, 6 (28). <https://www.publico.pt/2019/01/26/sociedade/opiniao/lei-bases-saude-importancia-base-18-1858542>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2009). *Referencial de Competências de Gestão*. <http://www.apegel.org/Paginas/valencias>
- Balsanelli, A. P. & Cunha, I. C. K. O. (2014). *The work environment and leadership in nursing: an integrative review*. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000022>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa Edições.
- Becker, K., & Bish, A. (2021). A framework for understanding the role of unlearning in onboarding. *Human Resource Management Review*, 31 (1), 100730. <https://doi:10.1016/j.hrmr.2019.100730>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto editora.
- Bodgan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.
- Bolan, N., Cowgill, K. D., Walker, K., Kak, L., Shaver, T., Moxon, S., & Lincetto, O. (2021). Human Resources for Health-Related Challenges to Ensuring Quality Newborn Care in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review. *Global health, science and practice*, 9(1), 160–176. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00362>
- Bush, T. (2005). Overcoming the barriers to effective clinical supervision. *Nursing Times*, 101(2), 38-41. <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-managers/overcoming-the-barriers-to-effective-clinical-supervision-11-01-2005/>
- Camelo, S. H. H., Rocha, F. L. R., Chaves, L. D. P., Silva, V. L. dos S., & Soares, M. I. (2016). Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem. *Ciencia y Enfermeria*, 22(1), 75-86. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100007>

- Carneiro, M. N. (2003). *Ajudar a nascer - Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação*. [Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação].
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/108390/2/226021.pdf>
- Carney M. (2009). Leadership in nursing: current and future perspectives and challenges. *Journal of nursing management*, 17(4), 411-414. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01024.x>
- Carvalho, A., & Rua, O. (2017). *Gestão de Recursos Humanos - Abordagem das boas práticas*. Editora: Vida Económica.
https://issuu.com/vidaeconomica/docs/gestao_recursos_humanos_abordagem_f
- Centro de Documentação e Informação. (2024). *Guia para a realização de citações em texto e referências bibliográficas – Norma APA, 7ª Edição*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Chillakuri, B. (2020). Understanding Generation Z expectations for effective onboarding. *Journal of Organizational Change Management*, 33 (7), 1277–1296. doi:10.1108/jocm-02-2020-0058.
https://www.researchgate.net/publication/342748571_Understanding_Generation_Z_expectations_for_effective_onboarding
- Coelho, A. & Adriano, P. (2021). Estratégias que Suportam a Integração de Enfermeiros em UCI Revisão Sistemática de Evidência de Significado. *Revista Ibero americana De Saúde E Envelhecimento*, 7(2), 296-319. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).494.296-319](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).494.296-319)
- Coelho, R., & Lourenço, A. (2004). Integração dos enfermeiros na equipa de saúde. *Revista Nursing*, 129(15), 16-23.
- Collière, M. (1999). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Comissão Europeia. (s.d). *Banco de dados de profissões regulamentadas. Regulated Professions Database. Directorate-General for Internal Market, Industry, Entrepreneurship and SMEs*. Recuperado em 2 de abril, 2024, de <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/home>.
- Conselho Pedagógico. (2024). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Costa, C., Laimer, V. R., Piovesan, R. T. C., & Coelho, E. A. (2016). Competências Gerenciais Importantes em uma Organização Hospitalar. *Revista de Administração IMED*, 6(1), 45-55.
<http://dx.doi.org/10.18256/2237-7956/raimed.v6n1p45-55>

- Crisp, N. (2015). O futuro do sistema de saúde português. *Acta Médica Portuguesa*. 28(3):277-280.
<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6655/4370>
- Decreto-Lei n. 161/96 de 04 de setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Em *Diário da República n.º 205, 1ª Série A*, 2959 – 2962.
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-lei n. 437/91 de 8 de novembro. (1991). Regime Legal da Carreira de Enfermagem. Em *Diário da República: 1ª Série-Ab*, n.257, 5723-5741.
- Decreto-Lei n. 71/2019 de 27 de maio. (2019). Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor. Em *Diário da República: 1ª Série*, n.101, 1-32. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/p/cons/20201231/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Em *Diário da República 1ª Série A*, n.º 93º, 1739 – 1757.
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro. (2009). Estabelece o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional. Em *Diário da República 1ª Série*, n.º 184, 6761 – 6765. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/248/2009/09/22/p/dre/pt/html>
- Dias, L. J. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 2 (1), 39-40.
<https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73>
- Felli, V., & Peduzzi, M. (2010). O Trabalho Gerencial em Enfermagem. In Kurcgant, P (Coord.), *Gerenciamento em enfermagem* (pp. 1-10). Guanabara koogan ltda.
https://telosead.com.br/ava/pluginfile.php/22682/mod_glossary/attachment/37/Gerenciamento%20em%20Enfermagem%20-%20Kurcgant.pdf
- Fortin, M.F, (1999). *O processo de investigação – da conceção à realização*. Lusociência.
- Freixo, M. (2018). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas* (5a ed.). Instituto Piaget.
- Galhardo, R. (2004). *Do fazer ao pensar: que autonomia? Dinâmica das práticas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Estudo Geral: Repositório Científico da Universidade do Porto. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10600/7/6135_TM_01_P.pdf
- Gil, C. A. (2017). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (6ª ed.). Atlas.

- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Príncipia Editora.
- Lei n. 56/79 de 15 de setembro. (1979). Serviço Nacional de Saúde. Em *Diário da República: 1ª Série*, n. 214, 2357- 2363.
- Leitão, C. (2013) Coaching na liderança em enfermagem. *Gestão em organizações de saúde*, 3 (2), 73-84. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=554&codigo=
- Lindfors, K., Meretoja R, Kaunonen, M., & Paavilainen, E. (2018). Preceptors' perceptions of the elements of a successful and an unsuccessful orientation period for newly graduated nurses. *J Nurs Manag*, 26, 256–262. <https://doi.org/10.1111/jonm.12541>
- Lugon, M., & Secker-Walker, J. (2001). *Advancing Clinical Governance*. Secker-Walker, J., & Lugon, M. (2001). *Advancing Clinical Governance* (1st ed.). <https://doi.10.1201/9781003420095>
- Mateus, D. (2015). *Competências de Gestão e Liderança nas Organizações de Saúde e Cultura Organizacional* [Dissertação de mestrado, Universidade Atlântica]. Estudo Geral: Repositório Científico da Uatlântica. https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/937/1/Tese_David%20Mateus_Gestao_Lideranca.pdf
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence." *American Psychologist*, 28 (1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/h0034092>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and situations specific theories in nursing and practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C., & Parreira, P. (2017). A liderança de enfermagem nas organizações de saúde. In R. Melo, L. Mónico, C. Carvalho, P. Pereira, H. Rezende, A. Duarte, ... E. Lousã, *Liderança e Seus Efeitos* (pp. 7-25). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). <https://www.esenfc.pt/pt/download/3862/ATxTd7gXJOqMMIC0j21B>
- Minayo, M.C., Deslandes, S. & Gomes, R. (2007). *Pesquisa Social*. Editores Vozes.
- Mitosis, K., Lamnisos, D., & Talias, M. (2021). Gestão de talentos em saúde: uma revisão qualitativa sistemática. *Sustentabilidade*, 13 (8), 4469. <https://doi.org/10.3390/su13084469>
- Neves, M. A. (2019). *Dotações seguras e qualidade dos cuidados de enfermagem*. [Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina].

https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/95319/3/Tese_Dota%C3%A7%C3%A3o%20Se%20gura.pdf

Neves, M. C. (2012). O papel dos enfermeiros na equipe multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários - Revisão sistemática da literatura. *Referência*; 3 (8), 125-134. <https://doi.org/10.12707/RIII11124>

Nunes, L. (2011). Evocando o cachimbo de Magritte: das dotações, políticas de pessoal e discursos de acessibilidade. *Salutis Scientia - Revista de ciências da saúde da ESSCVP*, 3, 1-8. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15265/1/Evocando%20cachimbo%20de%20Magritte.pdf>

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro – enfermagem em Portugal. (1881–1998)*. Lusociência.

O'Donovan, R., & McAuliffe, E. (2020). Exploring psychological safety in healthcare teams to inform the development of interventions: combining observational, survey and interview data. *BMC Health Serv Res*, 20, (810), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05646-z>

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *As condições de trabalho dos enfermeiros Portugueses*.

Ordem dos Enfermeiros. (Sd). *Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11086/programa_formativo_eesmo_rev11_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Brochura_10anos da ordem enfermeiros 2008*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Brochura_10anos2008.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos enfermeiros. (2016). *Parecer n.º 03/2016: competências de chefe de equipa num serviço de bloco de partos*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_03_2016_Funcoes_de_Chefe_de_Equipa.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Integração em bloco operatório*. Parecer, CE Nº 78, 1-3.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusnC2%BAplus78plusceplus-plus19102017_integra%C3%A7%C3%A3oplusnoplusblocoplusoperat%C3%B3rio_edoc_2017_11256_rectifica%C3%A7%C3%A3o_anoni.pdf

Pacheco, M. S. (2009). *Evolução da Gestão de Recursos Humanos: um estudo de 21 empresas*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto].

<https://doi.org/10.11606/D.96.2009.tde-27072009-173738>

Padilha, M. I. C. S., & Mancia, J. R. (2005). Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisando a história. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 723 - 726.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/ssxh6MfGXgHZxVDpBYTjX9v/?format=pdf&lang=pt>

Parreira, P., Castilho, A., Rocha, M., Martins, M. M., Santos, M. R., Souza, M. L., Sousa, L. Mónico, L. & Prado, F. H. (2022). *Gestão nas organizações de saúde: Matriz organizacional para as organizações de saúde, política e assessoria* (2.ª Ed.). Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas.

Peltokorpi, V., Feng, J., Pustovit, S., Allen, D.G & Rubenstein, A.L. (2022). Os efeitos interativos das táticas de socialização e do locus de controle do trabalho no ajustamento ao trabalho dos recém-chegados, na inserção no trabalho e na rotatividade voluntária. *Relações Humanas*, 75 (1), 177-202.

<https://doi.org/10.1177/0018726720986843>

Perez, M. I. L. (2005). Competência: uma noção plástica, polissêmica e polimorfa. *Práxis Educacional*, 1(1), 57-65.

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/480>

Pinheiro, G., Macedo, A. & Costa, N. (2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (2), 101-109.

<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1381>

Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Pires, M. (2021). Clinical supervision strategies: critical-reflective analysis of practices. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(14), 47–55.

<https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>

Polít, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem : métodos, avaliação e utilização* (5.). Artmed. <https://search.worldcat.org/en/title/58559341>

Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G., & Cheyne, H. (2017). A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and

- allied health professionals. *Journal of advanced nursing*, 73(8), 1825–1837. <https://doi.org/10.1111/jan.13253>
- Regulamento n. 101/2015 de 10 de março. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Em *Diário da República*: 2ª Série, n. 4, 5948-5952. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Regulamento n. 366/2018 de 14 de junho. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Em *Diário da República*: 2ª Série, n.º 113, 16656 – 16663. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>
- Regulamento n. 391/2019 de 3 de maio. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Em *Diário da República*: 2ª Série, n.º 85, 13560 – 13565. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Regulamento n. 76/2018 de 30 de janeiro. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Em *Diário da República*: 2ª Série, n.º 21, 3478 – 3487. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Regulamento n. 556/2017 de 17 de outubro. (2017). Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida. Em *Diário da República*: 2ª Série, n. 200, 23636 – 23638. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/556-2017-108317775>
- Regulamento n. 167/2011 de 8 de março. (2011). Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Em *Diário da República*: 2ª Série, n. 47, 11114 – 11120. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/167-2011-1979441>
- Reis, F.L. (2018). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos – Guia Prático*. Edições Silabo.
- Rocha, A. (2014). *Supervisão clínica em enfermagem para a segurança e qualidade dos cuidados: Perspetiva dos supervisionados*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. CORE. <https://core.ac.uk/download/pdf/62699169.pdf>
- Rodrigues, R.M. (2001). Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 9(6), 76–82. <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1621/1666>
- Sá-Chaves, I. (2011). *Formação, conhecimento e supervisão: Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: UA editorial. <https://ria.ua.pt/handle/10773/32356>

- Sakellarides, C., Escoval, A., Reis, V., Conceição, C., & Barbosa, P. (2006). *O Futuro do sistema de saúde português: saúde 2015*. Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa. <https://novaresearch.unl.pt/en/publications/o-futuro-do-sistema-de-sa%C3%BAdo-portugu%C3%AAs-sa%C3%BAdo-2015>
- Santos, W. M., Secoli, S. R., & Püschel, V. A. (2018). The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 26, e3074. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2885.3074>
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students* (5.^a ed.). Pearson.
- Sousa, P.A.F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: conquistas e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 884-894. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700009>
- Storey, J. (1996). *Gestão de Recursos Humanos. Um texto crítico: 1995*, Londres, Nova York: Routledge. Estudos Organizacionais, 17 (1), 158-158. <https://doi.org/10.1177/017084069601700115>
- Swain, G. (1995). *Clinical Supervision: The principles and the process*. London: Health Visitors Association.
- Tappen, R. M. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática*. (4^a ed.). Lusociência Ida.
- Tejada, F. J. (2005). El trabajo por competencias en el prácticum: cómo organizarlo y cómo evaluarlo. REDIE. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 7(2), 0. p.4
- Watson LM. (2009). Leadership's influence on job satisfaction. *Radiologic Technology*, 80(4), 297–308. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19293118/>
- White E, Winstanley J. (2010). A randomised controlled trial of clinical supervision: selected findings from a novel Australian attempt to establish the evidence base for causal relationships with quality of care and patient outcomes, as an informed contribution to mental health nursing practice development. *Journal of Research in Nursing*. 15(2):151-167. <https://doi:10.1177/1744987109357816>

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer Nº 1007_01_2024 da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnFC)

Parecer N° 1007_01_2024

Título do Projeto: “O processo de integração do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica”

Identificação das Proponentes:

Nome(s): Sílvia Mota Francisco Prazeres

Filiação Institucional: Estudante de Mestrado em Enfermagem-Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

Investigador responsável: Sílvia Mota Francisco Prazeres

Orientadora: Manuel Carlos Rodrigues Fernandes

Co- orientador: Teresa Margarida Almeida Neves

Relator: Rui Santos Cruz

Parecer

ENQUADRAMENTO DO PROJETO:

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, cujos objetivos gerais são:

- Compreender as dinâmicas decorrentes do processo de integração de enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia em contexto de Urgência Obstétrica e Bloco de Partos;
- Identificar na perceção dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia os aspetos influentes na sua integração em contexto de urgência obstétrica e bloco de partos.

Objetivos específicos

- Compreender as metodologias em uso no processo de integração de enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia em contexto de urgência obstétrica e bloco de partos;
- Analisar o perfil de competências do enfermeiro que assume a função de supervisão na integração dos enfermeiros em contexto de urgência obstétrica e bloco de partos.
- Analisar quais os contributos do enfermeiro gestor na integração de enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia.

A população alvo do estudo são os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia a desempenhar funções no serviço de Urgência Obstétrica e Bloco de Partos, de um Hospital da Região Centro. A amostra será não probabilística e por conveniência.

Os critérios de inclusão no estudo, são: ser enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia, a desempenhar funções no serviço de Urgência Obstétrica e Bloco de Partos há menos de dois anos.

O local onde decorre a investigação está identificado como sendo o serviço de Urgência Obstétrica e Bloco de Partos, de um Hospital da Região Centro.

A recolha de dados será realizada por meio de entrevista semi-estruturada, com guião, audiogravada, dirigida aos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia.

IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS:

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E) da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnFC)

- I. A proponente do estudo não identifica com clareza o recrutamento dos enfermeiros especialista, ou seja, não sabemos como a investigadora chega aos elementos da amostra, por contacto direto ou através da intervenção de terceiros?
- II. A proponente do estudo também não identifica o Hospital da Região Centro onde decorrerá a recolha de dados; o que torna difícil a circunscrição do próprio estudo ao local do estudo e a respetiva autorização do Hospital.
- III. Os critérios de inclusão parecem claros.
- IV. Os procedimentos metodológicos para a recolha de dados do estudo estão descritos de forma clara e não comportam riscos para os participantes.
- V. O Consentimento Informado Livre e Esclarecido a apresentar a cada um dos participantes descreve o estudo, os objetivos e a participação esperada dos sujeitos no estudo.
- VI. A confidencialidade e anonimização dos dados recolhidos são garantidos pela investigadora proponente. Contudo, não está garantida a segurança (através da atribuição de um código de identificação e do armazenamento dos dados numa pasta informática protegida com palavra-passe) dos dados durante o desenvolvimento do estudo, apenas refere que no final do estudo os dados serão eliminados.
- VII. Não existem custos de participação para os sujeitos da investigação nem possíveis compensações financeiras.
- VIII. O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado pela investigadora responsável.
- IX. A data prevista para início da recolha de dados está ajustada à pronúncia desta Comissão.

Após análise dos esclarecimentos solicitados à investigadora principal (ofício n.º 80_01_2024) e de todo o restante processo, foram esclarecidas as questões colocadas, o pedido cumpre agora todos os requisitos éticos específicos para a investigação em causa.

RECOMENDAÇÃO:

Sem recomendações.

CONCLUSÕES:

Sou de parecer Favorável à realização do estudo.

O relator:

Assinado por: **Rui Santos Cruz**
Num. de Identificação: 07007443
Data: 2024.03.13 09:36:19+00'00'



Data: 13/03/2024

A Presidente da Comissão de Ética:

Assinado por: **Maria Filomena Rabaça Roque Botelho**

Num. de Identificação: 04135035
Data: 2024.03.18 11:54:03+00'00'



APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Guião da entrevista



Guião da entrevista

Com o objetivo de compreender as dinâmicas decorrentes do processo de integração de enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica em contexto de urgência obstétrica e bloco de partos, e identificar, na perceção dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica, os aspetos influentes na sua integração em contexto de urgência obstétrica e bloco de partos, optou-se pela realização de entrevistas a enfermeiros que iniciaram recentemente o exercício de funções de EESMO no serviço.

No início de cada entrevista é fornecido o consentimento livre e informado sobre a investigação e solicitada a permissão para gravar a entrevista.

ENTREVISTA

A- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

- Género
- Idade
- Habilitações Académicas
- Tempo de Serviço
- Tempo de serviço no atual serviço
- Tempo de exercício de funções EESMO

B- O CONCEITO DE INTEGRAÇÃO

1. Existe um processo formal de integração na instituição /serviço? Se sim, foi-lhe atribuído um profissional de referência / enfermeiro supervisor?
2. Descreva como se processou a sua integração em contexto de urgência obstétrica e bloco de partos?
3. Que estratégias utilizou para promover o desenvolvimento do seu processo de integração?

C- COMPONENTE PROFISSIONAL

1. Comparativamente a processos de integração anteriores que tenha experienciado, como se sentiu neste processo de integração?
2. Em que medida o processo de integração contribuiu para o desenvolvimento da sua autonomia profissional enquanto enfermeiro especialista neste contexto de trabalho?

D- RELACIONAMENTO E INTERAÇÃO

1. Existiu um momento formal de apresentação à equipa de enfermagem, médicos, assistentes operacionais e outros técnicos do contexto de trabalho?
2. No seu entender, que características o enfermeiro supervisor deve ter para facilitar o processo de integração de novos elementos no serviço?
3. Na sua opinião, quais os contributos do enfermeiro gestor na integração de enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia?
4. No seu entender, quais seriam as características de um programa de integração "ideal" (componentes, duração, oportunidades)?

APÊNDICE 2 – Declaração de consentimento para participação no estudo

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Estimado Sr.(a). Enfermeiro(a),

No âmbito do Mestrado de Enfermagem, com especialização em Gestão de Unidades de Cuidados, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho convidá-lo(a) a participar no estudo “O processo de integração do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica”, orientado pelo Professor Doutor Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves e pela coorientadora Professora Doutora Teresa Margarida Almeida Neves.

Os objetivos deste estudo são: compreender as dinâmicas decorrentes do processo de integração de enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica em contexto de urgência obstétrica e bloco de partos e identificar, na perceção dos EESMO, os aspetos influentes na sua integração em contexto de urgência obstétrica e bloco de partos.

Solicita-se assim a colaboração de V. Excelência para responder a algumas questões através de uma entrevista semiestruturada, audiogravada com duração estimada entre 30 a 40 minutos. A participação no estudo é totalmente voluntária, sendo livre para aceitar ou recusar participar neste estudo, porém a sua colaboração é essencial para o desenvolvimento do mesmo. Caso aceite participar, poderá, contudo, desistir em qualquer momento, sem prestar qualquer justificação.

As informações e dados fornecidos destinam-se a investigação. Os dados serão anonimizados, sendo garantida a confidencialidade e anonimato na sua utilização e divulgação, exclusivamente com fins científicos. O estudo não é financiado por entidades externas ao investigador e os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação. Deste modo, caso concorde em participar, solicitamos-lhe que assine o consentimento, sendo que a sua assinatura não coloca em causa a garantia de anonimato e confidencialidade.

Muito obrigada pela V. colaboração e disponibilidade, ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais,

A investigadora responsável:

Sílvia Mota Francisco Prazeres

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Eu _____,

declaro que fui convenientemente informado(a) acerca da natureza, procedimentos e forma de desenvolvimento do estudo “O processo de integração do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica”, desenvolvido pela investigadora Sílvia Mota Francisco Prazeres, tendo percebido a sua contribuição para o conhecimento na área.

Fui ainda informado(a) acerca da garantia de confidencialidade e anonimato de todos os dados. Mais declaro que a participação no estudo é voluntária, sendo-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no mesmo, sem qualquer tipo de justificação ou consequências.

Declaro assim que aceito, de forma livre e esclarecida, participar neste estudo, permitindo a autorização para proceder à gravação da entrevista em formato áudio para posterior análise e tratamento dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para a investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____