



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

**INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS: PERSPETIVA DE GESTORES,  
SUPERVISORES E SUPERVISADOS NO CONTEXTO PÚBLICO E  
PRIVADO**

Agostinho Gabriel Ramos Abreu

Coimbra, julho de 2025



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

**INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS: PERSPETIVA DE GESTORES,  
SUPERVISORES E SUPERVISADOS NO CONTEXTO PÚBLICO E  
PRIVADO**

Agostinho Gabriel Ramos Abreu

Orientador: Professor Doutor Manuel Carlos Rodrigues Chaves. Professor Adjunto,  
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, julho de 2025

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

## **AGRADECIMENTOS**

A conclusão deste projeto individual marca o fim de uma jornada desafiante e enriquecedora. Por isso, gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos aqueles que tornaram este trabalho possível.

Em primeiro lugar, agradeço ao orientador, Professor Doutor Manuel Chaves, pela orientação, apoio e resiliência inesgotável. O seu conhecimento e experiência foram fundamentais para o desenvolvimento deste projeto. Em cada conversa que tivemos, senti aquilo que diz William Faulkner "...um fósforo não ilumina quase nada, mas permite-nos ver na escuridão que existe ao redor". Obrigado por isso.

À minha família, em especial aos meus filhos Lucas e Tomás e à Rita, minha amiga e companheira de todas as horas, que está cá sempre para me dar aquela força extra, quando em determinado momento deixo de acreditar em mim e nas minhas capacidades.

À minha mãe Alexandra, ao meu pai Agostinho e ao meu irmão Pedro por serem as minhas asas e por quererem que eu voe cada vez mais alto. O vosso apoio também foi a minha força motriz.

Aos enfermeiros que, de forma generosa, partilharam os seus testemunhos e contribuíram para enriquecer este trabalho com as suas experiências.

A todos os meus amigos, colegas e a todos aqueles que me perguntavam repetidamente "Já acabaste?", saibam que essas perguntas foram um incentivo para eu dar este ciclo por encerrado.

Sem querer correr o risco de deixar alguém injustamente por mencionar, ou omitir alguém, agradeço, por fim, a todos os que, de alguma forma, contribuíram para este percurso: seja através de conversas informais, partilha de saberes ou palavras de encorajamento. Resta questionar: "E se corre bem?".

Como disse Isaac Newton "se eu vi mais longe, foi porque me apoiei em ombros de gigantes".

A todos, o meu profundo e sincero obrigado.

## RESUMO

A enfermagem, enquanto ciência prática profissional, caracteriza-se por uma constante evolução que exige dos seus profissionais um permanente desenvolvimento de competências e adaptação às exigências dos contextos de cuidados. Neste cenário dinâmico, os processos de integração de novos enfermeiros e de supervisão clínica (SC) assumem-se como elementos estruturantes para a consolidação de equipas eficazes e para a segurança do utente.

Este estudo teve como objetivo compreender as dinâmicas e os fatores que influenciam a integração de novos enfermeiros, explorando as perceções de enfermeiros gestores, supervisores clínicos e supervisados clínicos, e analisando as semelhanças e diferenças entre os setores público e privado. Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratória-descritiva, com inspiração fenomenológica, tendo sido utilizada uma entrevista semiestruturada, aplicada a doze participantes: quatro enfermeiros gestores, quatro supervisores clínicos e quatro supervisados clínicos, provenientes de duas instituições de saúde da Região Centro de Portugal, um hospital público e um hospital privado. A análise de conteúdo seguiu os princípios metodológicos de Bardin.

Da análise, emergiram diversos domínios, que se demonstraram transversais a todos os grupos de enfermeiros anteriormente identificados: conceito de integração, programa de integração, planeamento da integração, duração do programa de integração, integração eficaz, benefícios oferecidos, facilitadores e dificultadores na integração e sugestões de melhoria.

Os resultados evidenciam que a integração de enfermeiros exige uma abordagem individualizada e contextualizada, adaptada às especificidades profissionais e institucionais.

A criação de planos de integração estruturados, a promoção de uma comunicação aberta e o investimento no desenvolvimento profissional contínuo são essenciais para garantir uma integração bem-sucedida. Este estudo contribui para a compreensão do processo de integração de enfermeiros, fornecendo subsídios relevantes para a melhoria das práticas de Gestão e Supervisão Clínica. Recomenda-se que futuras investigações explorem o impacto da integração na qualidade dos cuidados e na retenção de profissionais.

**Palavras-chave:** Gestão de Enfermagem; Supervisão Clínica; Setor Público; Setor Privado; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde;

## **ABSTRACT**

Nursing, as a professional science and practice, is characterized by constant evolution, which requires its professionals to constantly develop their skills and adapt to the demands of care contexts. In this dynamic scenario, the process of integrating new nurses and Clinical Supervision (CS) are structuring elements for the consolidation of effective teams and the safety of the patient.

This study aimed to understand the dynamics and factors that influence the integration of new nurses, exploring the perceptions of nurse managers, clinical supervisors and clinical supervisees, and analyzing the similarities and differences between the public and private sectors. This is a qualitative, exploratory and descriptive study. A semi-structured interview was used, applied to twelve participants: four nurse managers, four clinical supervisors and four clinical supervisees, from two health institutions in the central region of Portugal, a public hospital and a private hospital. The content analysis followed Bardin's methodological principles.

From the analysis, several domains emerged, which proved to be transversal to all the groups of nurses identified above: integration concept, integration program, integration planning, duration of the integration program, effective integration, benefits offered, facilitators and hindrances in integration and suggestions for improvement.

The results show that the integration of nurses requires an individualized and contextualized approach, adapted to professional and institutional specificities.

Creating structured integration plans, promoting open communication and investing in continuous professional development are essential to ensure successful integration. This study contributes to understanding the process of integrating nurses, providing relevant input for improving management and Clinical Supervision practices. It is recommended that future research explore the impact of integration on the quality of care and the retention of professionals.

**Keywords:** Nursing Management; Clinical Supervision; Public Sector; Private Sector; Health Human Resources Training.

## **ABREVIATURA, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**EEMC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**GPr** – gestor setor privado

**GPu** – gestor setor público

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**Pr** – Instituição do setor privado

**Pu** – Instituição do setor público

**S** – serviço

**SC** – supervisão clínica

**SCE** – supervisão clínica em enfermagem

**SCPPr** – supervisor clínico setor privado

**SCPu** – supervisor clínico setor público

**SvPr** – supervisionado clínico setor privado

**SvPu** – supervisionado clínico setor público

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Modelo Safecare .....	27
FIGURA 2. Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus.....	32
FIGURA 3. Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano.....	34

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Desenho do estudo da investigação com os doze participantes .....	42
TABELA 2. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.....	49
TABELA 3. Perceções dos enfermeiros gestores sobre o processo de integração .....	52
TABELA 4. Perceções dos enfermeiros supervisores clínicos sobre o processo de integração .....	61
TABELA 5. Perceções dos enfermeiros supervisionados clínicos sobre o processo de integração .....	66
TABELA 6. Dimensões das perceções dos participantes no estudo.....	100

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	17
1.1. GESTÃO EM ENFERMAGEM.....	17
1.2. INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS.....	21
1.3. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....	23
<b>1.3.1. Modelos de supervisão clínica</b> .....	25
<b>1.3.2. O processo supervisivo</b> .....	29
1.4. MODELOS TEÓRICOS.....	30
<b>PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b> .....	35
<b>2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	36
2.1. TIPO DE ESTUDO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA .....	36
2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS .....	39
2.3. GRUPO DE PARTICIPANTES .....	40
2.4. INSTRUMENTO E PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS .....	42
2.5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	44
2.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	46
<b>3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	48
3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	48
3.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	50
3.3. PERCEÇÕES SOBRE O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO.....	51
<b>3.3.1. Perceções dos enfermeiros gestores sobre o processo de integração</b> .....	51
<b>3.3.2. Perceções dos enfermeiros supervisores clínicos sobre o processo de integração</b> .....	61
<b>3.3.3. Perceções dos enfermeiros supervisionados clínicos sobre o processo de integração</b> .....	65
3.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	74
<b>3.4.1. Enfermeiros gestores</b> .....	74

<b>3.4.2. Enfermeiros supervisores clínicos</b> .....	82
<b>3.4.3. Enfermeiros supervisionados clínicos</b> .....	88
3.5 COMPARAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO SETOR PÚBLICO E PRIVADO .....	100
3.6. RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO .....	108
<b>CONCLUSÃO</b> .....	111
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	118

## **ANEXOS**

ANEXO 1 - Autorização para realização de estudo em instituição de saúde do setor público

ANEXO 2 – Autorização para realização de estudo em instituição de saúde do setor privado

## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1 – Informação ao participante e consentimento informado

APÊNDICE 2 – Guião da entrevista



## INTRODUÇÃO

A gestão em enfermagem assume um papel central na organização e prestação de cuidados de saúde, operando na complexa intersecção entre as necessidades dos utentes, as competências das equipas e os objetivos organizacionais. Num ambiente de saúde cada vez mais exigente e com recursos limitados, os enfermeiros gestores são desafiados a otimizar processos, garantir a qualidade e segurança dos cuidados, promover ambientes de trabalho saudáveis e liderar equipas de forma eficaz (Amendoeira & Ferreira, 2024).

Esta função transcende a mera administração de recursos, exigindo uma visão estratégica orientada para a excelência clínica e para o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, que se apresentam como elementos cruciais para a resposta adequada às necessidades de saúde da população (Amendoeira & Ferreira, 2024).

Assim, a gestão eficaz reconhece a importância vital de investir no capital humano da enfermagem. É essencial assegurar que os enfermeiros possuem as competências necessárias, se sentem apoiados e motivados, e refletem continuamente sobre as suas práticas. É neste contexto que a supervisão clínica em enfermagem (SCE) emerge como uma ferramenta de gestão estratégica (Amendoeira & Ferreira, 2024).

A SCE é definida como um processo formal de apoio profissional e aprendizagem, através da reflexão sobre a prática. Permite o desenvolvimento de competências, a melhoria da qualidade assistencial e a promoção do bem-estar dos enfermeiros.

Deste modo, a SCE não deve ser vista como uma atividade isolada, mas como uma componente integral e sinérgica da gestão em enfermagem. Ao facilitar espaços de reflexão guiada, partilha de experiências e suporte, a SCE contribui diretamente para os objetivos da gestão, como a garantia da segurança do utente, a adesão a boas práticas, a capacitação das equipas e a retenção de profissionais. Uma gestão que valoriza e implementa processos de SCE robustos demonstra um compromisso com a excelência, o desenvolvimento profissional e a qualidade sustentada dos cuidados de enfermagem, sendo um pilar essencial para organizações de saúde resilientes e focadas na melhoria contínua.

Pode assinalar-se a analogia presente na ideia do filósofo Arthur Schopenhauer: “não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ainda ninguém pensou sobre aquilo que todo o mundo vê”, a frase encerra de forma clara a ideia da supervisão clínica, destacando a importância da reflexão e da interpretação crítica da prática. Em vez de procurar novidades

sensacionalistas, convida à inovação através do pensamento crítico sobre o que já é conhecido, com pensamento crítico e reflexivo com objetivo de atingir a melhoria contínua.

O interesse pela área da gestão em enfermagem surgiu ainda durante o 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, numa unidade curricular com igual nome. Após ter despoletado esse interesse em mim, decidi ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem de Gestão de Unidades de Cuidados, onde saberia que de acordo com o plano de estudo poderia expandir-me e melhorar o conhecimento nesta área.

A SC surgiu mais tarde na minha realidade profissional, na instituição de saúde onde trabalhava. Logo após iniciar funções, fui desafiado a apoiar colegas no seu processo de integração, da melhor forma possível conforme os recursos pessoais disponíveis.

Obviamente, nesse momento não me sentia preparado, nem era dotado da “consciência supervisiva” para encarar essa função de forma segura e responsável, e por esse motivo, posteriormente, procurei munir-me com algumas estratégias que favorecessem o desenvolvimento adequado deste processo para todos os envolvidos. Nalguns momentos o processo foi mais dinâmico e ficou melhor consolidado, embora noutros aspetos talvez possa ter existido impreparação natural por parte do investigador.

Deste modo, quando iniciei contactos com o orientador, o Professor Doutor Manuel Chaves, e iniciámos a discussão acerca da conceção do presente trabalho académico, transmiti-lhe o testemunho e (curta) experiência no âmbito da SC e assim, de forma inata a SC e os processos de integração assumiram-se como temática a desenvolver no âmbito da dissertação.

A enfermagem, enquanto profissão essencial nos sistemas de saúde, enfrenta desafios constantes que exigem a melhoria contínua e adaptação às novas realidades. Nesse contexto, a integração de novos profissionais e a SC desempenham papéis cruciais para garantir a qualidade dos cuidados prestados e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, assim, a integração de novos enfermeiros num ambiente profissional é um processo complexo que requer atenção e suporte adequados. De acordo com 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.

A expressão SCE designa um processo de acompanhamento pelos pares, com o objetivo de assegurar a qualidade de cuidados, facultar formação e preservar a capacidade de gestão emocional dos profissionais, que desde o seu aparecimento tomou uma dimensão relevante nos sistemas de promoção da qualidade e de acreditação das instituições de saúde, devido aos ganhos que proporciona a nível da segurança e da qualidade de cuidados Abreu (2024, in Parreira et al.).

A SC é uma estratégia essencial de acompanhamento e desenvolvimento profissionais e para muitas instituições, que recebem profissionais recém-formados ou oriundos de realidades culturais distintas, a SC é mesmo a única forma de garantir que os profissionais se integram mais rapidamente e cumprem os requisitos considerados fundamentais pelos serviços nacionais de saúde, assim a supervisão clínica designa-se como um:

“processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem e segurança dos utentes, assim como o aumento da satisfação profissional” (Abreu, 2024, pp. 286-287).

A SC favorece a aprendizagem, o desenvolvimento, a reflexão e o aconselhamento profissional, permitindo aos enfermeiros integrar as experiências práticas e o conhecimento teórico, no sentido de encontrar as suas próprias soluções para os problemas do quotidiano (Abreu, 2024).

Dado este enquadramento, a elaboração do presente trabalho insere-se no âmbito do Mestrado de Enfermagem – Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados, na unidade curricular de Dissertação, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Foi realizado um estudo qualitativo, de natureza exploratório-descritiva, com inspiração fenomenológica. Participaram na investigação doze enfermeiros de duas instituições hospitalares da Região Centro de Portugal, uma do setor público e outra do setor privado.

Tendo em conta a relevância da temática, esta investigação propõe-se responder à seguinte questão: Qual a perceção dos enfermeiros gestores, supervisores clínicos e supervisados clínicos, sobre o processo de integração de novos enfermeiros nos setores público e privado?

Com o intuito de dar resposta à questão de investigação, consideram-se os seguintes objetivos gerais: identificar os aspetos que influenciam o processo de integração, segundo a perceção dos enfermeiros gestores, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisados clínicos; identificar as dinâmicas do processo de integração de enfermeiros, na perspetiva de enfermeiros gestores, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisados clínicos; identificar semelhanças de planos de integração entre o contexto público e privado; identificar diferenças de planos de integração entre o contexto público e privado.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista, com recurso a um guião semiestruturado. A análise e o tratamento de dados foram realizados através da análise de conteúdo, segundo Bardin (1977). A presente investigação tem como finalidade contribuir para otimizar os processos de integração e construção da identidade profissional dos enfermeiros.

O presente trabalho encontra-se dividido em três partes: a fase inicial onde se configuram os elementos pré-texto e a presente introdução; posteriormente surge o enquadramento teórico que dará sustentação e estrutura ao trabalho; segue-se o enquadramento metodológico com a posterior apresentação das considerações finais e as referências bibliográficas que deram apoio e fundamentação científica a esta dissertação, bem como os anexos e apêndices.

Na fase inicial, são mencionados e definidos conceitos essenciais que alicerçam o estudo e a respetiva revisão da literatura, é também facultada uma contextualização da gestão em enfermagem e como a SCE assenta nessa realidade, aprofundando e indagando sobre a temática da integração em enfermagem.

Seguidamente, no enquadramento metodológico, é descrito o processo de investigação, desde a sua conceção até à sua conclusão. Na terceira parte, apresentam-se os resultados obtidos e procede-se à respetiva discussão.

Termina esta dissertação com o capítulo da conclusão, como imagem do percurso traçado, evidenciando os aspetos mais relevantes e significativos, bem como as limitações encontradas.

A estrutura 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. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O principal ativo das organizações de saúde são os seus recursos humanos, o setor onde estas se inserem é de grande complexidade e sofre a influência de constantes mudanças em curso nos sistemas de saúde, o que constitui novos desafios na sua gestão (Melo, 2013).

No presente capítulo, procura-se fundamentar o papel da gestão em enfermagem e a sua articulação com a SCE.

### **1.1. GESTÃO EM ENFERMAGEM**

As organizações prestadoras de cuidados devem ser geridas de forma a garantir qualidade e segurança assistencial, mesmo perante os constrangimentos financeiros, tal envolve a formação e a gestão da força de trabalho em saúde – o capital humano – a gestão de recursos operacionais e instalações, das redes de comunicação e dos sistemas de garantia de qualidade (Amendoeira & Ferreira, 2024).

Os cuidados de saúde são ações mediadas por intervenções que resultam das decisões de interação entre profissionais e pessoas, sendo as pessoas colocadas no centro dos processos, esta abordagem, enfatiza a importância que as pessoas têm nas organizações, como uma orientação para a qualificação do potencial humano que se repercute, consequentemente, na qualidade dos cuidados (Amendoeira & Ferreira, 2024).

É igualmente necessária uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde, para garantir a disponibilidade, acessibilidade e capacidade dos profissionais de saúde para prestar cuidados centrados nas pessoas, de forma coordenada e integrada, dos profissionais de saúde espera-se, hoje, que sejam capazes de mobilizar de forma competente, conhecimentos e habilidades, que sejam capazes de produzir, procurar e utilizar evidência científica, e que sejam capazes de se comprometer, ou seja, espera-se o saber agir, o ser capaz de agir e o querer agir, e ainda capacidade de criar soluções inovadoras para velhos e novos problemas, tudo isto num universo de equipas multiprofissionais e multissetoriais (Amendoeira & Ferreira, 2024).

A enfermagem, enquanto ciência e prática social, assume um papel determinante ao longo do ciclo vital, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde individual e coletiva de uma comunidade, todavia, a enfermagem nem sempre foi considerada uma profissão, uma disciplina com um conjunto de conhecimentos próprio e de relação com os outros (Freitas, 2018).

A enfermagem tem a sua génese nos primórdios dos tempos, na prática de cuidados exclusivos da mulher no seio da família e comunidade, com um conhecimento oriundo da acumulação de saberes e experiências, que lhe permitia cuidar das pessoas em diversas etapas da vida. O conceito de saúde/doença nos primórdios, centrava-se numa conceção ligada ao sobrenatural, em que o ser humano era premiado ou castigado por ação dos espíritos (Freitas, 2018).

Na sociedade grega, a influência sobrenatural perde força e formula-se a crença de que a doença surge por alterações dos humores, em consequência de causas concretas, nesta fase, o ato de cuidar estava relacionado com as funções domésticas: os escravos das pessoas com posses assumiam tais funções. No entanto, com a ascensão do Cristianismo e do poder da Igreja, a ótica de saúde/doença advinha do poder divino que agraciava os bons cristãos e castigava os pecadores, centrando-se todo o poder de absolver e cuidar nas pessoas ligadas à Igreja ou a leigos com acentuado espírito de caridade (Freitas, 2018).

A enfermagem moderna emergiu na segunda metade do século XIX, com o contributo determinante de Florence Nightingale, com a sua participação como voluntária na Guerra da Crimeia, em 1854. Ao organizar um hospital com 4000 soldados, e ao analisar os fatores e condicionantes que influenciavam a mortalidade e morbidade dos soldados e consequente alteração de práticas de enfermagem, permitiu-lhe reduzir a mortalidade no hospital de 40% para 2% (Freitas, 2018).

O trabalho de enfermagem estruturava-se, assim, em três rumos: o primeiro orientado para o cuidado do doente, recorrendo à regularização das técnicas de enfermagem; outro direcionado para o ambiente terapêutico, com recursos a medidas de higienização e qualidade do ambiente; e por último, um pouco mais tarde, focou-se na necessidade de gerir os profissionais de enfermagem, com o auxílio do treino, utilizando as técnicas e o conhecimento da enfermagem, foram assim lançados os pilares da gestão em enfermagem (Freitas, 2018).

Em Portugal, surgem os primeiros cursos concebidos para formar enfermeiros, sendo o primeiro iniciado em 1881, promovido pelo Professor Doutor Costa Simões, Diretor dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Já em meados do século XX, um pouco por todo o país começam a surgir as Escolas de enfermagem, de acordo com o regulamento das escolas de enfermagem. O curso geral de enfermagem passou a ter três anos e as escolas passaram a ter autonomia técnica e administrativa (Nunes, 2003).

Um pouco mais tarde, o Decreto-Lei 414/71 de 27 de setembro de (1971), legisla sobre a Reforma dos Serviços de Saúde, foi nesta época que surgiram os Centros de Saúde de 1ª Geração onde os enfermeiros se passam a dedicar a atividades de promoção da saúde e prevenção da doença. Na década de 90 do século XX, podemos destacar a integração das

Escolas Superiores de Enfermagem no Ensino Superior e já no final desta a criação da OE que regula a profissão (Nunes, 2003).

Na atualidade, o acesso à profissão de enfermagem é atingido através da detenção do curso de Licenciatura em Enfermagem que consagra 240 créditos, ao longo de 4 anos, numa escola Superior de Enfermagem ou numa Escola Superior de Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

Com o avanço da legislação nacional, atualmente o panorama da profissão de enfermagem e de acordo com o Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio (2019), a carreira organiza-se por categorias: a de enfermeiro, a de enfermeiro especialista, e a de enfermeiro gestor.

A admissão para a categoria de enfermeiro especialista faz-se de entre os enfermeiros, com pelo menos quatro anos de exercício profissional, detentores do título de enfermeiro especialista exigido para o preenchimento do correspondente posto de trabalho (Amendoeira & Ferreira, 2024). Por sua vez, a categoria de enfermeiro gestor faz-se 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, podem ainda exercer funções de direção, na sequência de um procedimento concursal, desenvolvido, os enfermeiros gestores com pelo menos três anos de antiguidade nessa categoria (Amendoeira & Ferreira, 2024).

O panorama da gestão em enfermagem também tem vindo a ser bastante alterado como podemos perceber, por exemplo no século XIX, o “enfermeiro chefe” mantinha a ordem social pelo controlo do comportamento dos enfermeiros e agia como transmissor da informação entre os dirigentes e os enfermeiros prestadores (Amendoeira & Ferreira, 2024).

Já no século XXI, atendendo às mudanças observadas, ao nível das políticas de saúde e das reestruturações das organizações, dos atores que nelas participam, bem como o surgimento de novas teorias e conceitos que implicam outras exigências e desafios em relação ao papel do enfermeiro gestor (nomenclatura atual), as competências terão de ser diferentes para um ambiente em constante transformação, já que o enfermeiro gestor tem que conjugar as competências técnicas de gestão com a dimensão visionária da enfermagem. Assim o seu trabalho vai para além da gestão de cuidado, contemplando a gestão de recursos humanos e materiais, bem como a gestão estratégica das organizações, requer competências específicas que exigem conhecimentos, experiência e comportamentos de liderança e, basicamente, uma forte preocupação e responsabilidade para atingir os objetivos a missão da organização (Amendoeira & Ferreira, 2024).

Atualmente, o papel do enfermeiro gestor encontra-se essencialmente definido no Regulamento do Perfil de Competências n.º 101/2015, de 10 de março (2015), publicado em Diário da República. Este documento estabelece as várias dimensões da função do

enfermeiro gestor, entre as quais se destacam as competências na área da gestão. Estas incluem a gestão da unidade ou serviço e da equipa, com o objetivo de otimizar as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde. Paralelamente, prevê-se a responsabilidade de assegurar a implementação de processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem — uma missão que converge com os propósitos da supervisão clínica (Regulamento do Perfil de Competências n.º 101/2015, de 10 de março 2015, pp. 5950-5951).

Ainda assim, o Regulamento do Perfil de Competências n.º 101/2015, de 10 de março (2015) esclarece que a atividade do enfermeiro gestor não deve restringir-se apenas à promoção, planeamento, organização e coordenação dos cuidados de enfermagem prestados pelos elementos da sua equipa. Paralelamente, compete-lhe também gerir eficazmente essa equipa, otimizando a sua eficiência, eficácia e produtividade enquanto profissionais e enquanto pessoas, tendo em conta o contexto específico em que se inserem. Assim, torna-se evidente que o papel do enfermeiro gestor se revela cada vez mais complexo, uma vez que, atualmente, não se limita à gestão dos cuidados, abrangendo igualmente a gestão dos recursos humanos sob a sua responsabilidade.

Gerir em enfermagem é um conceito polissémico, uma vez, que, no quotidiano encontramos vários sentidos de acordo com a categoria profissional, o enfermeiro de cuidados gerais gere os cuidados, com base nas necessidades do cliente, sobre os quais toma decisões, a respeito da sequência e prioridade, planeando o processo de cuidados no qual pode ou não ser o seu executor (Amendoeira & Ferreira, 2024).

Um enfermeiro gestor deve promover a participação na liderança de equipas, desenvolvendo competências na qualidade do modelo da prestação de cuidados e não apenas na sua orientação e supervisão, o gestor deve antes de tudo priorizar a satisfação dos clientes no processo de assistência, no sentido contrário da equação os enfermeiros esperam que o gestor ultrapasse os limites da gestão e consiga desenvolver conhecimentos, métodos e estratégias próprias para garantir a qualidade dos cuidados (Amendoeira & Ferreira, 2024).

Posto isto, a gestão em enfermagem afirma-se como crucial na otimização dos cuidados de enfermagem prestados e assegurar a sua qualidade. Uma gestão robusta requer um ambiente que promova uma transição para uma integração profissional como uma evolução natural, onde os princípios que coordenam a gestão, se materializem e incorporem o processo de integração de enfermeiros, potenciando o seu desempenho e a sustentabilidade organizacional.

## 1.2. INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS

De acordo com o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2024), a etimologia da palavra "integrar" remonta à raiz do latim *integrare*, que deriva do termo *integer*, que significa "inteiro" ou "completo". O termo integrar está intrinsecamente ligado à ideia de unificação e criação/formação de um todo. Ao longo do tempo, a evolução semântica da palavra tem refletido na importância de unir partes distintas, para criar uma totalidade coesa entre estas. A noção de integração, está profundamente enraizada na necessidade humana de conectar diversos elementos, para alcançar um estado de completude e harmonia. Desde o seu surgimento na língua latina, até à sua incorporação em diferentes línguas, "integrar" transporta consigo a essência de reunir componentes individuais em um todo sinérgico. Essa compreensão etimológica da palavra "integrar" é crucial para contextualizar a sua aplicação em diversos campos, incluindo a área da enfermagem.

O processo de integração profissional estabelece-se entre o enfermeiro recém-admitido e o profissional que o acolhe e orienta, exigindo uma relação interpessoal facilitadora e sustentada entre os dois indivíduos, no contexto (social/profissional/académico) ao longo de um período, desde que se inicia o processo até que se culmina num sentimento de pertença/adaptação que advém da relação positiva entre estes intervenientes (Carvalho, 2016).

No âmbito profissional, a integração de enfermeiros não representa apenas a inclusão de novos membros à equipa, mas sugere algo mais complexo e profundo, como a formação de uma unidade (enfermeiro/a) coesa, capaz de proporcionar cuidados de saúde seguros, eficazes e complexos (Carvalho, 2016).

O processo de integração é determinante no sucesso de adaptação do indivíduo à organização e, conseqüentemente, no seu desempenho, uma vez que promove a aquisição de autoconfiança no exercício das suas funções, a construção da sua identidade profissional e o desenvolvimento de competências (Carvalho, 2016).

É imperioso que a integração dos enfermeiros, no contexto de trabalho, seja orientada por padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo ser criadas por parte da instituição, condições adequadas e tempo de integração necessários, de forma a promover o desenvolvimento de novas atitudes profissionais e a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados (Carvalho, 2016).

De acordo com a OE (2023) o processo de integração profissional deve facilitar a perceção do conjunto de normas, valores e objetivos estabelecidos na instituição e proporcionar uma adaptação adequada, que se refletirá no desenvolvimento profissional para a prestação de

cuidados de qualidade, o processo deverá ser estruturado e organizado, de modo a possibilitar o desenvolvimento das competências exigidas para o exercício profissional naquele contexto.

Para tal, a instituição deve criar as condições adequadas ao processo, pautando-se pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, trata-se de um processo singular e flexível que deve atender à individualidade de cada enfermeiro, assim, o programa de integração deve considerar as características pessoais e a experiência profissional prévia do enfermeiro, e só deve estar concluído quando este demonstrar que detém condições para dar resposta às solicitações que lhe são requeridas no âmbito das suas funções naquele contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

É fundamental estar definido o enfermeiro responsável (supervisor clínico) pelo processo de integração do novo elemento (supervisionado clínico), o que favorecerá a continuidade e uniformidade de todo o processo, uma integração bem planificada beneficiará não só a organização e o profissional, como também, os clientes, uma vez que potenciará uma adaptação rápida, segura, eficiente e prática de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

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

*i) Colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional; o) Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores; p) Orientar as atividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional.*

Ainda no mesmo documento, referindo-se ao conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor afirma que este deve:

*i) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional; l) Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade; p) Apoiar o enfermeiro-diretor, designadamente, na admissão de enfermeiros e na sua distribuição pelos serviços e unidades, na elaboração de proposta referente a mapas de pessoal de enfermagem, no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade, na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação*

*de condições e prioridades para projetos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas.* (Decreto-Lei nº247/2009 de 22 de setembro, 2009, p.6760)

De acordo com Flores (2020) a integração de enfermeiros em contexto profissional, pode ocorrer de duas formas: pelo início da atividade profissional ou pela mobilização de profissionais entre serviços ou com experiências profissionais anteriores. Tanto uma realidade, como a outra impõem desafios aos enfermeiros, embora o enfermeiro possa ser perito num dado contexto, ao transitar para outro as dificuldades podem surgir naturalmente.

Consumar um processo integrativo sólido é decisivo no sucesso e adaptação do enfermeiro à instituição e, simultaneamente, permite o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional (Flores, 2020).

### 1.3. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A SCE é uma área da saúde, que surge como um método estruturado, no qual profissionais mais experientes e com qualificações mais específicas, providenciam orientação, acompanhamento e apoio a outros enfermeiros menos experientes, nas suas práticas em âmbito clínico com o objetivo de desenvolver competências pessoais e profissionais e conhecimento de valores de humanidade durante o seu percurso, este processo, surge no contexto de discussão e reflexão acerca da qualidade da formação clínica, da aprendizagem experiencial e da supervisão das práticas clínicas (Abreu, 2007).

Alarcão e Tavares (2007) definem SC, como um processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta outra pessoa menos experiente, no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação. Mais tarde, Borges (2013) afirma que a SCE assume um papel cada vez mais importante para a prática da enfermagem, visto que o seu principal objetivo é proporcionar condições para o desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro, procurando ao mesmo tempo despertar a capacidade de reflexão sobre a ação, de forma a criar uma prática mais segura e de qualidade.

A SC, na sua essência, inclui: princípios, estilos, modelos, implementação contextualizada, bem como funções ajustadas para o enfermeiro supervisor clínico e para o enfermeiro supervisionado clínico e também para relação criada entre estes dois intervenientes (Borges, 2013)

De acordo com Abreu (2007), a relevância da SC no percurso profissional de futuros enfermeiros permite: desenvolver uma aprendizagem centrada na prática; utilizar soluções baseadas na evidência; trabalhar as estratégias de pensamento em enfermagem, os focos de

intervenção e as matrizes para a decisão; envolver a equipa na formação e trabalhar a relação com os pares; a transformação do conhecimento pelo sujeito; confirmar saberes e conferir significados; e favorecer a consciencialização, isto é, ter uma ideia mais informada e consciente de si, dos outros e do contexto, bem como a sua posição face a todos estes.

Segundo a OE (2012), assume-se a excelência do cuidar como referência e eixo estruturante de competências profissionais, reconhecendo publicamente, nas premissas do Modelo de Desenvolvimento Profissional apresentado pela mesma, a importância da inclusão da SCE nos contextos da prática, bem como o seu papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer nos processos formativos, quer nos processos de integração à vida profissional, contributo imprescindível à promoção de cuidados (Carvalho, 2016).

A importância de um programa de integração bem definido e estruturado, com objetivos específicos e gerais, etapas e, acima de tudo, um acompanhamento ativo e presente de um enfermeiro supervisor clínico em que o objetivo principal, passa por conseguir extrair o melhor da relação criada entre enfermeiro supervisor clínico e enfermeiro supervisionado clínico, com o intuito de facilitar a sua adaptação ao contexto e ao meio, de forma a que o novo colaborador assimile a visão, a missão, política de qualidade, os valores, que pautam o seu trabalho diário (Araújo, 2020).

Os processos de acompanhamento e de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros têm acompanhado os diversos percursos de formação e de profissionalização na área da saúde, quer a nível nacional, quer a nível internacional, tem-se assistido a um grande investimento na pesquisa e discussão em torno do acompanhamento das aprendizagens em contexto clínico, o qual surge associado à necessidade de problematizar a formação e de promover a qualidade dos cuidados de saúde, daí que, principalmente na última década, tenham emergido reflexões aprofundadas sobre a temática da SC (França, 2013).

É possível identificarem-se mais-valias com a integração da SCE no sistema de gestão de qualidade, nomeadamente: torna a organização mais dinâmica e centrada no utente; obriga à definição de objetivos realistas e competências; facilita a otimização de recursos; permite assegurar melhorias contínuas; confere atenção acrescida aos processos e a todas as cadeias nele implicadas; tem implícita uma visão sistémica ou mesmo ecológica dos processos envolvidos; valoriza as interações e as dimensões coletivas; permite produzir informação sistematizada, organizada e fidedigna, relevante para a tomada de decisão; e supõe um saber organizativo e a existência de instâncias de monitorização contínua, implicando uma dialética entre o conhecimento e ação (Abreu, 2024).

Segundo a OE (2009), a SC é um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem que tem como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos, competências, o assumir progressivo de responsabilidades na prática diária e na tomada de decisão com destaque à proteção e segurança em situações clínicas mais complexas.

É de suma importância frisar também o Regulamento n.º 366/2018, de 14 de junho (2018), o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em SC, publicado em Diário da República, como o documento que define os critérios e requisitos para a certificação individual dos enfermeiros com competências acrescidas em SC, tanto a nível diferenciado como avançado, pelo qual a OE e as Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Saúde se regem, na área da SC.

As diversas perspetivas apresentadas transmitem a preocupação com a responsabilidade profissional, a proteção dos utentes e dos próprios profissionais, o 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.

### **1.3.1. Modelos de supervisão clínica**

O modelo é representativo por meio do mesmo, onde os factos aparecem organizados dentro de estruturas mais complexas e proporcionam novas maneiras de conceber as hipóteses postuladas pela teoria, dentro da estrutura teórica, o modelo pode desempenhar a função interpretativa, quer de qualquer outro fenómeno que careça dessa interpretação. Cada tipo de modelo espelha, a diversidade de enfoques e metodologias possíveis, agregando-se para se constituírem em categorias que se distinguem pelo seu âmbito e significado (Carlos et al., 2019).

De forma sucinta realça-se as categorias dos modelos de SC mais comuns na literatura, de acordo com Carlos et al. (2019):

Em primeira instância, encontram-se os modelos para o desenvolvimento, segundo Stoltentber e Delworth (1987), como citado por Carlos et al. (2019) exigem como ponto de partida o conhecimento de si próprio e do outro, para que, assentes na motivação, privilegiem a autonomia. O espectro do desenvolvimento coloca-se na capacidade do supervisionado clínico resolver problemas e na capacidade de reflexão sobre o processo de supervisão tendo sempre em mira o seu objeto, e a atitude reflexiva será tanto mais coerente quanto mais elevado for o grau de conhecimento que o enfermeiro supervisionado clínico tiver de si próprio e do meio e quanto mais consistente for a motivação mais forte será a autonomia.

Outro conjunto de modelos, são os modelos com orientação específica que abarcam naturezas diversas e assumem perspectivas diferentes, dos quais se salienta as linhas “rogeriana” e comportamental, onde a supervisão é centrada na pessoa. Na linha “rogeriana”, o supervisor não é um especialista, mas um colaborador ou um consultor do supervisionado, onde o seu papel é providenciar um ambiente no qual o supervisionado possa partilhar toda a sua experiência de trabalho com o cliente e a relação supervisor/supervisionado evidencia a facilidade na efetiva aprendizagem e o crescimento na supervisão. Na linha comportamental, o foco está nas atitudes da utilização de instrumentos padronizados que permitam ação, análise e *feedback* imediatos (Carlos et al., 2019).

Por sua vez, os modelos integrativos recolhem contributos dos diferentes modelos, associando a epistemologia, o diálogo e a reflexividade, e aqui existem duas aproximações à integração: ecletismo técnico e integração teórica (Carlos et al., 2019).

Os modelos de aliança supervisora (ou de compromisso) atribuem três papéis ao supervisor: o papel normativo, com tarefas administrativas; o papel formativo ou educativo com trabalho construído a partir das forças e das fraquezas do supervisionado; e restaurador ou de suporte revendo e explorando casos apresentados pelo supervisionado (Carlos et al., 2019).

Por sua vez, os modelos interativos assentam em princípios que pretendem que sejam evidências, tais como, o processo de interação entre o supervisor e supervisionado é essencial e determina o resultado: toda a supervisão tem elementos comuns, a supervisão aceita dinâmicas e promove competências universais, a supervisão tem, em paralelo, outras relações de ajuda, e a relação de trabalho entre o supervisor e o supervisionado é fundamental, pois é através dessa relação que o trabalho ocorre e se desenvolve (Carlos et al., 2019).

Assim Garrido (2008), afirma que não existe nenhum modelo que se apresente ser melhor do que outro, pelo que o contexto organizacional e profissional são fatores determinantes a ter em conta na seleção do modelo a utilizar.

Existem vários modelos de SC desenvolvidos por investigadores como o de Proctor (2001) que é um dos mais mencionados e ainda hoje referenciado, que se centra em três funções diferentes: função formativa/educativa, que salienta o desenvolvimento de competências, de compreensão e de habilidades no supervisionado com base na reflexão da sua prática; a função restaurativa/suporte, que possibilita perceber e gerir o *stress* intrínseco à prática de enfermagem, e por último, a função normativa/administrativa, que promove e cumpre protocolos e procedimentos. No entanto, no seguimento do trabalho desenvolvido neste documento, o modelo de Hawkins e Shohet (2012) conforme citado por Carlos et. al (2019), surge como um modelo que se centra na relação entre o supervisor e o supervisionado e na

definição dos papéis de ambos e nas estratégias de redução da ansiedade no processo supervisão.

Face a estas múltiplas conceções, Abreu (2002) identificou um conjunto de aspetos comuns aos diversos conceitos: a relação é uma dimensão central no processo de supervisão; a SC está subordinada a um conjunto de definições e propósitos (assegurar práticas de qualidade, desenvolver competências, motivar, encorajar e dar suporte à equipa); o processo de supervisão implica a existência de uma estrutura e de procedimentos específicos (início do processo, experimentação, autonomização e distanciamento crítico); o processo de supervisão só será bem-sucedido se houver um forte empenho de ambos os envolvidos.

Na área da enfermagem existe o modelo *SafeCare*, como modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado (Cruz, 2012).

O Modelo *SafeCare* apresenta como uma grande vantagem: a sua flexibilidade e aplicabilidade em diferentes contextos da prática, uma vez que tem como foco central as necessidades e interesses sentidos pelos enfermeiros do contexto em estudo, aspeto também visível através da diversidade de contextos em que está a ser implementado, tendo como principal finalidade contribuir para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Carvalho & Barroso, 2019).

O modelo atualmente assenta em quatro eixos estruturantes: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão. Embora inicialmente proposto por Cruz (2012) seria apenas constituído por três eixos, mais tarde foi incluído o eixo do contexto.

## Figura 1

*Modelo SafeCare*



Fonte: (Carvalho & Barroso, 2019)

De forma concisa, podemos explicar o Modelo *SafeCare* da seguinte forma: o contexto é um conjunto de elementos que envolve algo ou alguém e que engloba as circunstâncias à volta de um acontecimento ou situação de modo a ligar as partes como um todo, diz respeito ao ambiente onde os cuidados se desenvolvem, estes são complexos e sofrem mudanças constantes nos quais os profissionais vivem e se desenvolvem (Carvalho, 2019).

O desenvolvimento profissional resulta da necessidade de formação e desenvolvimento que pressupõe uma evolução e continuidade que leva o enfermeiro a aprofundar os seus conhecimentos baseados em evidências científicas, ao longo da sua vida profissional, uma vez que os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e um grupo de clientes, possa ser a família ou a comunidade, e há algo que é comum a todos os envolvidos, o seu quadro de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferenças (Carvalho, 2019).

A supervisão é um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através da reflexão e análise da prática clínica, num processo que se considera dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre um supervisor clínico e um supervisionado clínico, cujo objetivo é desenvolver competências profissionais, analíticas e reflexivas (Carvalho, 2019).

Há ainda uma perspetiva interessante, que é acrescentada na perspetiva deste modelo que é considerado um pressuposto importante para o sucesso da implementação do modelo e assentam num conjunto de condições que devem ser rigorosamente cumpridas, tais como: a instituição deverá adotar uma filosofia de melhoria contínua na qualidade; deverá fornecer formação e apoio adequado a todos os enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados clínicos; existir envolvimento de todos os enfermeiros no processo de supervisão clínica, encarando-a como uma mais-valia para eles próprios, para os clientes e para a instituição, independentemente do papel desempenhado; deverá existir especial cuidado nos rácios enfermeiro/cliente adequados, de modo a manter a qualidade dos cuidados prestados aos clientes; e por último, o processo de supervisão tem de ser alvo de avaliação (Carvalho, 2019).

Deste modo, pode-se afirmar que de acordo com França (2013) o objetivo fundamental da supervisão clínica relaciona-se, assim, com o desenvolvimento humano e profissional, num contexto de formação de adultos, traduzido pelo desenvolvimento das características físicas, psíquicas, cognitivas e sociais dos formandos através de um processo de informação – reflexão – ação – reflexão.

### 1.3.2. O processo supervisivo

Alarcão e Tavares (2007), afirmam que o processo supervisivo decorre em contextos específicos e envolve pessoas que desempenham determinadas funções com objetivos comuns, os seus intervenientes estão constantemente sujeitos a diferentes estímulos provenientes do meio e da relação inter e intrapessoal que se desenvolve, o que ativa continuamente mecanismos de assimilação, acomodação, desequilíbrio e reequilíbrio.

O que é comum nos intervenientes, de acordo com Alarcão e Tavares (2007), é estabelecer e manter um bom clima afetivo-relacional, uma atmosfera de entreajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária entre supervisor e supervisionado. Este é um processo estruturado e estruturante onde, apesar do objetivo comum, cada um dos intervenientes possui papéis e funções bem diferenciados (Alarcão e Tavares, 2007).

Segundo Butterworth e Woods (1999), existem alguns pré-requisitos fundamentais para a correta implementação e manutenção do processo supervisivo: a preparação correta e idónea dos elementos da relação supervisiva; estabelecer e manter uma relação profissional e pessoal de confiança; fundamental haver tempo para o desenvolvimento desta relação; avaliar regularmente a orientação e o produto da supervisão clínica.

A garantia de cuidados de excelência pressupõe a transmissão estruturada de saberes e práticas entre o enfermeiro supervisor clínico e o enfermeiro supervisionado clínico, assim, as atitudes que os enfermeiros supervisores clínicos apresentam tornam-se o reflexo do futuro profissional, assim o enfermeiro supervisor clínico tem a capacidade de melhorar a qualidade da formação do supervisionado clínico e, por outro lado, o supervisionado clínico deve assumir um papel ativo como agente de mudança, num processo dinâmico e facilitador da aprendizagem experiencial que permita a melhoria e a continuidade dos cuidados (França, 2013).

Goldhammer et al. (1980) conforme citado por Alarcão e Tavares (2007) refere que o ciclo de supervisão deverá ser constituído por quatro fases: encontro pré-observação, observação propriamente dita, análise dos dados e encontro pós-observação:

**Encontro pré-observação:** Tem início antes da atividade formativa e pretende orientar o supervisionado na resolução de inquietações, bem como na avaliação, análise e resolução de problemas ou dúvidas que sejam previsíveis de acontecer e dar a conhecer em que aspetos o supervisor se irá debruçar em todo o processo formativo. Nesta fase, verifica-se a necessidade de definir o conceito de supervisão, os papéis e objetivos de cada um dos atores intervenientes no processo;

**Observação propriamente dita:** Representa o conjunto de atividades desenvolvidas pelo supervisor, de forma a obter informações sobre o processo de formação e sobre o desempenho do supervisionado;

**Análise dos dados:** Os dados obtidos necessitam de ser ordenados e analisados de acordo com a natureza, tipo e objetivo da observação, com vista à tomada de decisão;

**Encontro pós-observação:** É importante manter uma comunicação isenta de ambiguidade e ter presente que o supervisionado deve desempenhar um papel interventivo e ativo neste processo. Nesta fase, a finalidade consiste no supervisionado refletir sobre a sua prática, sobre o seu desempenho, de modo a alterar, se necessário, qualquer aspeto menos positivo no seu desempenho até ao momento.

A intervenção do supervisor desenvolve-se no sentido da orientação para esse processo de reflexão através da análise e interpretação dos dados, bem como do esclarecimento de dúvidas e das estratégias de supervisão que melhor se adequem na sua função de agente de desenvolvimento e aprendizagem (Alarcão & Tavares, 2007).

Alarcão e Tavares (2007) acrescentam que os objetivos da supervisão não se atingem todos de uma só vez, eles são atingidos gradualmente, passo a passo e em conformidade com o desenvolvimento da relação entre os diversos elementos.

Uma integração estruturada e planificada contribui para a redução do stress, o reforço da autoconfiança e o desenvolvimento pessoal e profissional, aumentando a satisfação e a motivação dos enfermeiros, e reduzindo o tempo de adaptação e os custos associados aos cuidados (Gonçalves, 2013).

A instituição deve garantir uma integração plena, através da consecução das metas propostas, sendo-lhe imputada a responsabilidade no processo. Resumindo, pode afirmar-se que, a integração do novo enfermeiro é indispensável, quer no que respeita a gestão de recursos humanos, quer para que se promova uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

#### 1.4. MODELOS TEÓRICOS

A sustentação teórica deste trabalho científico é essencial para alicerçar toda a sua essência, deste modo foram selecionados modelos que na ótica do investigador se adequam. De acordo com Patrícia Benner (2001), suportado no Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências (1980) aplicado à enfermagem, permite explicar, e refletir sobre as melhores opções para melhorar o processo de integração de novos profissionais.

O modelo encontra-se estruturado em cinco níveis de desenvolvimento de aquisição de competências, existindo uma evolução ao longo do tempo, da prática clínica de enfermagem: iniciado/principiante, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

O enfermeiro iniciado é aquele que inicia funções num serviço, sendo recém-licenciado, ou mesmo sendo profissional ainda com pouca experiência, e que desconhece ou não se encontra familiarizado com os objetivos e as rotinas do contexto onde está a ser integrado. A este nível, existe dificuldade em saber diferenciar os aspetos relevantes dos menos relevantes, e a dificuldade em transpor para a prática a teoria previamente adquirida, é proeminente dar a conhecer ao enfermeiro iniciado as normas e princípios do serviço, auxiliando-o, como homogeneizar o profissional com elementos de nível superiores conduz à aquisição de experiências práticas para desenvolver as suas competências (Benner, 2001).

No nível de enfermeiro iniciado avançado, já existe a consciência pessoal e profissional de iniciar a integração de algumas situações vividas e também reconhecer aspetos comuns, necessitando ainda de ser enquadrado no contexto da prática, de modo geral, apresenta dificuldade em saber priorizar, uma vez que não possui a consciência da globalidade do cliente, nem do serviço no seu todo, por outro lado, o conhecimento que demonstra é mais abrangente, permitindo-lhe agir de uma forma menos normativa/rotinizada (Benner, 2001).

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

Um enfermeiro proficiente tem a capacidade de se aperceber das situações na globalidade, ou seja, com uma consciência mais extrínseca e com maior longitude, sendo que as suas ações são guiadas por máximas, permitindo-lhe uma compreensão global de cada situação vivenciada, através das diversas experiências anteriores, é capaz de antever o que se poderá passar e atuar de forma antecipada e preventiva (Benner, 2001).

O enfermeiro perito não necessita de estratégias de apoio à decisão, sendo capaz de entender de forma intuitiva cada problema que se lhe apresenta e considerar alternativas à situação e à resposta com mais certeza e segurança, pela experiência e saberes adquiridos (Benner, 2001).

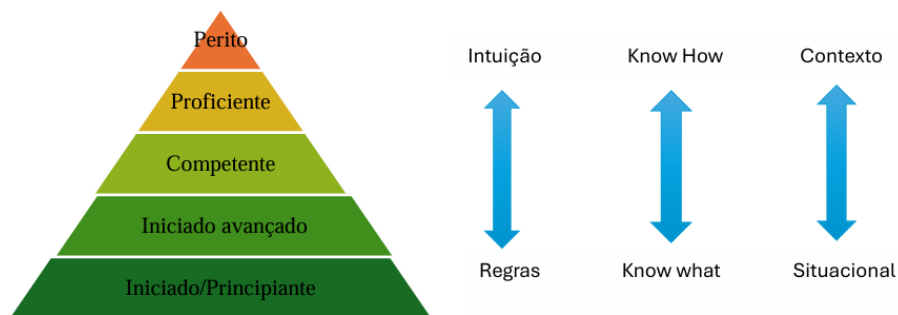
De acordo com a aplicação deste modelo, as práticas de cuidados de enfermagem assentam em diferentes tipos de conhecimento, onde a sua mobilização e função se encontram fortemente condicionadas, tanto pelo nível de competência adquirida como pelos contextos

onde executam as suas funções, sendo imperioso, refletir sobre a complexidade e responsabilidade da prática de enfermagem atual.

No entanto, o processo de integração é um processo único e singular vivenciado de forma ímpar por cada pessoa. Esta diversidade tem como fundação a particularidade e a personalidade que cada ser humano reserva em si, hoje já se sabe que esta individualidade é pautada pelas suas vivências, a sua personalidade, o seu contexto pessoal, familiar, profissional, sociocultural, o ambiente em que ocorreu o desenvolvimento.

## Figura 2

*Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências (1980)*



Fonte: Adaptado de <https://richrtesting.com/the-dreyfus-model-a-visual-summary/>

Assim, propõem-se a inclusão de um outro modelo teórico com o intuito de alicerçar o trabalho, denominado de Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner e Pamela Morris (1998) (a primeira versão de 1980, adotava o nome de Ecológico, sem dar evidência a vertente “bio”).

Este modelo defende que o desenvolvimento humano é um processo contínuo que decorre ao longo da vida, e que abrange as interações entre indivíduos e os seus ambientes vivenciados e dinâmicos, marcados pela peculiaridade de cada um (Albuquerque, 2021).

Nesta perspetiva, no decurso do desenvolvimento, para além de existirem alterações físicas e psicológicas nos indivíduos, devido à postura ativa adotada pelos mesmos, irão, inevitavelmente, existir modificações do ambiente em que este decorreu e assim sucessivamente, de forma cíclica (Macedo, 2012). O autor refere que as pessoas em desenvolvimento experienciam uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou ambos (Albuquerque, 2021).

Este modelo engloba quatro elementos essenciais ao desenvolvimento humano: a pessoa, o processo, o contexto e o tempo.

A pessoa é avaliada segundo as suas características individuais inatas (biopsicossociais), ou seja, é considerada mediante os aspetos biopsicológicos que a caracterizam e os aspetos decorrentes da interação com os ambientes envolventes e com toda a sua “bagagem pessoal”. Por sua vez, o processo é considerado o principal mecanismo de influência no desenvolvimento da pessoa, sendo observado nas interações recíprocas existentes com o ambiente envolvente (pessoas, objetos e símbolos) ao longo do tempo (Albuquerque, 2021).

O contexto assume a mesma dimensão que na teoria inicial, sendo assim constituído por quatro níveis ambientais: microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema, em constante interação, onde influenciam e são influenciados reciprocamente, de forma constante. O modelo bioecológico complementa as conceções do modelo ecológico, reforçando a importância das inter-relações (diretas ou indiretas) da pessoa, sobretudo nos diversos contextos envolventes (ambiente mais imediato ou mais distante) favorecendo ou interferindo nos processos proximais (Urie Bronfenbrenner & Pamela Morris, 1998).

Relativamente ao tempo, este refere-se às mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do tempo influenciando o desenvolvimento humano, esta componente do modelo bioecológico subdivide-se em microtempo, que se refere à continuidade/descontinuidade dos processos proximais; o mesotempo respeitante a intervalos de tempo maiores como dias ou semanas, sendo os seus efeitos cumulativos dos processos proximais significativos para o desenvolvimento de competências da pessoa; e o macrotempo, que envolve as mudanças na sociedade ampliada, dentro e mediante as gerações ao longo do tempo da pessoa em desenvolvimento (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Com base no modelo Bioecológico, considera-se que o enfermeiro em integração, incorpora uma diversidade de experiências pessoais e profissionais essenciais ao seu desenvolvimento, tornando-se ator ativo do seu desenvolvimento profissional, que influencia e é influenciado, direta e indiretamente, pelos vários contextos onde se encontra inserido ao longo do tempo onde decorrem os processos proximais (Carvalho, 2016).

Segundo Macedo (2012) um enfermeiro em integração num serviço está a agir em situação relacionada com todos os elementos mencionados anteriormente. A questão que se coloca sobre o processo de integração dos enfermeiros e a respetiva supervisão, relaciona-se sobretudo, com a necessidade de se traçarem objetivos e um plano apropriado a cada serviço, que ajude os novos profissionais a não se sentirem estranhos na instituição e no serviço, mas sim elementos inseridos na equipa desde o primeiro dia, isto é, que se sintam seguros na

execução das atividades inerentes à prestação de cuidados e que possuam um sentimento de pertença à organização e local de trabalho (Macedo, 2012).

O período de integração constitui uma fase crucial da adaptação e do desenvolvimento de um relacionamento saudável entre o novo enfermeiro e a restante equipa, sobretudo com o enfermeiro supervisor clínico, onde cada uma das partes aprende a ajustar-se à outra, reduzindo o medo e a insegurança (Macedo, 2012).

Nesta fase, o estabelecimento de uma relação supervisiva entre o enfermeiro recém-admitido e o enfermeiro supervisor clínico é de capital importância para todo o processo (Macedo, 2012).

### Figura 3

*Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner e Morris (1998)*



Fonte: Adaptado de <https://notapositiva.com/modelo-ecologico-do-desenvolvimento/>

A articulação entre o Modelo de Dreyfus e o Modelo Bioecológico permite uma compreensão integrada do processo de integração, considerando não apenas a progressão de competências clínicas, mas também fatores contextuais e relacionais que moldam o percurso profissional do enfermeiro em transição.

No próximo capítulo, denominado investigação empírica, será descrito todo o procedimento inerente à investigação empírica que dá corpo ao trabalho propriamente dito como o enquadramento metodológico, o tipo de estudo e justificação do tema, a questão de investigação e os objetivos, a caracterização do grupo dos participantes e a apresentação, análise e discussão dos resultados.

## **PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

## 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

De todos os métodos de aquisição de conhecimento, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais reconhecido, uma vez que assenta num processo racional, sistemático, que permite examinar fenómenos e obter respostas para questões (Bilro, 2011).

Segundo Fortin (1999), a escolha do desenho de investigação depende da natureza do problema de investigação, do estado de conhecimento existente sobre ele. A investigação tem-se vindo a afirmar, cada vez mais como um ramo do conhecimento e na enfermagem não surge como uma exceção. No entanto, existem alguns pressupostos a definir pelo investigador, para que se produza conhecimento científico, como por exemplo: o seu objeto de estudo em função das suas preocupações e curiosidades. Na mesma linha de pensamento Oliveira e Botelho (2010, p. 20) defendem que “os investigadores deverão, a partir de questões relativas a problemas encontrados na prática de cuidados gerar conhecimento científico que permita o desenvolvimento da disciplina de enfermagem”.

Assim, no presente capítulo, é exposto todo o percurso metodológico, utilizado ao longo desta investigação, serão abordadas de forma mais detalhadas as seguintes temáticas: o tipo e caracterização do estudo, a justificação do tema, a questão de investigação e os objetivos que norteiam o estudo, os participantes, o instrumento de colheita de dados, o procedimento de análise de dados e os procedimentos formais e éticos.

### 2.1. TIPO DE ESTUDO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

O estudo fenomenológico é uma abordagem que é frequentemente utilizada entre os estudos de enfermagem, visa compreender o significado atribuído pelos participantes à sua experiência vivida, sem pretensão de formulação teórica generalizável (Fortin, 2009).

Este estudo tem duas características bem patentes em si mesmo: em primeiro lugar, tem em conta o indivíduo como unidade de referência; e em segundo lugar, o investigador reconhece que a relação sujeito-objeto é marcada pela intersubjetividade, ou seja, o sujeito que participa no estudo marca uma posição única e inovadora quanto à sua experiência (Fortin, 2009).

De maneira geral, consiste em descrever o universo percetual de pessoas que vivem uma experiência que tem interesse para a prática clínica, e o trabalho do investigador consiste em aproximar-se da experiência e descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação e descrevê-la da forma mais fiel possível (Fortin, 1999).

Relativamente à justificação do tema, considerou-se o contexto profissional do investigador, que suscitou curiosidade intelectual, profissional e clínica, para compreender o impacto que

um programa de integração profissional (ou a ausência dele) tem nas vivências dos enfermeiros gestores, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados clínicos.

A temática justifica-se pela sua relevância crescente na prática de enfermagem, pela escassez de investigação nacional sobre a integração profissional e SC, e pela oportunidade de aprofundar a compreensão de fenómenos com impacto direto na qualidade dos cuidados, mas também pela frequente desvalorização da problemática, pelos profissionais de saúde de enfermagem; e acima de tudo, pelo contexto “integrativo” do investigador que se relaciona diretamente com a justificação do parágrafo anterior.

Paralelamente a tudo isto, a atividade profissional em enfermagem por parte do investigador, começou em setembro de 2020 numa instituição da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, num período de intensa pandemia. Devido à mobilidade de enfermeiros experientes para o contexto hospitalar, naturalmente a equipa ficou desprovida de enfermeiros que normalmente acompanhavam processos de integração. Assim, após quatro meses nesse contexto, fui desafiado a acompanhar a integração de um colega recém-licenciado, foi deste modo que a integração de enfermeiros surgiu na realidade profissional, como uma barreira inesperada, que tive de superar mediante os recursos disponíveis.

Além disso, a temática da SC e o subtema da integração de enfermeiros, foi eleito como o tema do trabalho final da unidade curricular de Supervisão Clínica, no ano letivo 2020/2021, integrada no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Gestão de Unidades de Cuidados, desta feita, aqui surge a proposta para dar continuidade ao trabalho desenvolvido nessa disciplina e dar-lhe uma dimensão ainda mais significativa. Assim, podemos afirmar que existiu um “despertar” para a importância da necessidade da existência de uma integração estruturada e com substância, e ainda compreender de que forma esta poderá proporcionar o desenvolvimento profissional do enfermeiro.

Em investigação qualitativa, o contexto que se investiga e o local onde é realizada a colheita de informação, estão fortemente relacionados, isto porque, procura-se “ir” ao local de interesse onde os indivíduos coabitam e aí interpretar o fenómeno, ou seja, tendem a colher a informação no campo em que os participantes vivenciam o problema que está a ser estudado, com o propósito de selecionar o campo onde os indivíduos de interesse se inserem e experimentam o fenómeno, e de alterar o menos possível as condições em que o fenómeno ocorre (Streubert & Carpenter, 2002).

Assim, quer-se transmitir a ideia de que tanto enfermeiros gestores, como enfermeiros supervisores clínicos, como enfermeiros supervisionados clínicos, contribuem ativamente para a construção de uma equipa de enfermagem de sucesso.

De acordo com o mencionado anteriormente, foram considerados alguns fatores na seleção dos dois locais de colheita de informação: uma instituição de saúde do setor público e uma instituição de saúde do setor privado, ambos localizados na Região Centro do país. O interesse particular, nesta dicotomia fora previamente definido pelo investigador e pelo seu orientador, em contrapor estas realidades, que em simultâneo, complementam-se na área da saúde, e que em tantas outras ocasiões surgem opostas.

Procura-se discernir um pouco mais acerca da compreensão de diversos aspetos, como o fenómeno da integração profissional de enfermeiros, a construção da sua identidade profissional e a forma como a SC surge na aglutinação deste processo.

Na construção do referencial teórico, o investigador verificou a existência de alguns estudos qualitativos, de natureza exploratório-descritivo, no panorama nacional sobre processos de integração de enfermeiros em diversos contextos como por França (2013), Carvalho (2016), Albuquerque (2021) e Prazeres (2024) incluem a ênfase da SC neste âmbito da enfermagem. Essencialmente estes quatro estudos, são pilares centrais no desenvolvimento do tema, embora seja de salientar que de acordo com isto, podemos evidenciar que a nível nacional, é uma área que se encontra carenciada de investigação científica de momento.

Por todos os motivos salientados anteriormente, pensa-se que seja fundamental compreender a problemática vivenciada por enfermeiros gestores, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados clínicos, de modo que se identifiquem as necessidades integrativas no processo para que seja possível desenvolver estratégias que visem a melhoria dos processos integrativos.

Tendo em consideração a problemática central do estudo, surge como título para o presente trabalho: “Integração de enfermeiros: perspetiva de gestores, supervisores e supervisionados no contexto público e privado”, considera-se que a escolha por uma perspetiva investigativa qualitativa, uma vez que se pretende obter a descrição e compreensão da situação em si como ela é assimilada e vivenciada pelos diferentes grupos de enfermeiros.

O desenvolvimento dos conhecimentos científicos em saúde esteve durante muito tempo ligado à investigação quantitativa, no entanto esta modalidade metodológica não consegue dar resposta quando se pretende estudar fenómenos particulares e características humanas que não são passíveis de ser descritos rigorosamente em termos de quantidade, intensidade ou frequência (Antunes, 2014).

Nas últimas décadas assistiu-se, tanto a nível da investigação em enfermagem como noutros domínios, à crescente necessidade de aplicar a abordagem qualitativa, a natureza das problemáticas é uma das principais causas advogadas para a sua utilização, já que a tradicional abordagem quantitativa se mostra muitas vezes insuficiente ou até desadequada,

e reforça a necessidade de novas orientações epistemológicas e metodológicas na prática de investigação centradas em fenómenos relevantes para a prática, facilitando a análise na dimensão existencial e relacional do ser humano (Loureiro, 2006).

A investigação qualitativa pode ser distinguida da metodologia quantitativa por muitas características particulares: ocorre em ambientes naturais, onde acontece o comportamento e os eventos humanos; as hipóteses não são definidas *à priori*; o investigador qualitativo é o principal instrumento de colheita de dados; os dados que emergem de um estudo qualitativo são descritivos, ou seja, são relatados em palavras ou imagens; o foco da investigação qualitativa são as perceções e as experiências dos participantes; o investigador procura a credibilidade e a fidedignidade por meio de um processo de verificação, em vez das tradicionais medidas de validade e confiabilidade (Creswell, 2021).

## 2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Antes do desenvolvimento metodológico do processo científico, o investigador deve definir claramente os objetivos e a questão de investigação. Na investigação qualitativa, segundo Fortin (2009), o objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação e a questão de investigação é um enunciado interrogativo que delimita o âmbito do estudo. Habitualmente são formuladas uma questão central e várias questões específicas.

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

- Qual a perceção dos enfermeiros gestores, supervisores clínicos e supervisados clínicos, acerca do processo de integração de novos enfermeiros, nos setores público e privado?

A questão de investigação formulada atendeu ao método PICO de Joanna Briggs Institute (Santos & Püschel, 2018):

P (População) - enfermeiros gestores, supervisores clínicos e supervisados; I (Fenómeno de Interesse) - processo de integração; C (Contexto) – setor público e setor privado.

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

- Identificar os aspetos que influenciam o processo de integração, segundo a perceção dos enfermeiros gestores, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisados clínicos;

- Identificar as dinâmicas do processo de integração de enfermeiros, na perspectiva de enfermeiros gestores, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados clínicos;
- Identificar semelhanças de planos de integração entre o setor público e privado;
- Identificar diferenças de planos de integração entre o setor público e privado.

Para além dos objetivos gerais, também foram considerados objetivos específicos:

- Compreender as metodologias em uso no processo de integração de enfermeiros;
- Analisar os contributos da existência de um plano de integração de enfermeiros;
- Identificar percepções semelhantes acerca do processo de integração no setor público e privado;
- Identificar e comparar percepções divergentes acerca do processo de integração no setor público e privado;

### 2.3. GRUPO DE PARTICIPANTES

Na investigação qualitativa, para a seleção dos participantes foi realizada através de um método não probabilístico, que obedece a uma série de critérios para garantir que as características destes dão resposta aos objetivos do estudo (Fortin, 2009). Segundo Fortin (2009), a população é definida como um grupo de pessoas ou elementos com características semelhantes, que satisfazem os critérios de inclusão definidos *à priori* e que permitem fazer generalizações.

O tamanho da amostra neste tipo de investigação é definido, essencialmente, pela complexidade do fenómeno em análise, pela finalidade e objetivos do estudo e pela necessidade de informação relativa ao mesmo (Polit, 2004).

Os estudos qualitativos de abordagem fenomenológica, trabalham com grupos de participantes relativamente pequenos, Fortin (2009) refere que o número de participantes selecionados depende da profundidade da descrição pretendida sobre o fenómeno, podendo variar entre seis e dez elementos, neste caso em concreto, foram selecionados para participar neste estudo doze enfermeiros.

O número de enfermeiros incluídos no estudo foi definido por conveniência e validado com base no critério de saturação teórica, conforme preconizado por Bardin (1977) e Fortin (2009), assegurando a diversidade de experiências dentro do número mínimo necessário para alcançar profundidade analítica, tendo em conta a dimensão das duas instituições de saúde

selecionadas. Determinou-se que seis elementos de cada uma delas (três de cada um dos dois serviços selecionados), seria o suficiente para atingir a saturação das informações obtidas.

O fenómeno de saturação dos dados ocorre, tendo em conta a homogeneidade relativa dos contextos e a profundidade das entrevistas realizadas (Guest, Bunce & Johnson, 2006). Quando o investigador dá conta da repetição das informações face aos temas centrais do questionário/entrevista, ou seja, “a saturação refere-se à repetição de informação descoberta e confirmação de dados previamente recolhidos” (Morse conforme citado por Streubert & Carpenter, 2002, p. 26). Assim, a saturação empírica é definida como um fenómeno pelo qual, depois de um certo número de entrevistas, o investigador tem a noção de recolher nada de novo quanto ao objeto de investigação, ou seja, os novos dados não produzem informações novas ou diferentes que justifiquem um aumento da recolha de material empírico (Guerra, 2006).

Perante estes pressupostos, nesta investigação encontramos-nos perante uma amostra não probabilística intencional por escolha racional, uma vez que este método permite “constituir uma amostra de indivíduos em função de um traço característico” (Fortin, 2009, p. 322).

De acordo com a questão de investigação, os objetivos e o tipo de estudo, a escolha dos participantes e o local da colheita de dados, foi definido da seguinte forma: foram selecionados dois hospitais na região centro de Portugal, de dimensões semelhantes, tipologia e número de utentes que servem também semelhantes, sendo um pertencente ao setor público e um outro hospital pertencente ao setor privado; em cada um destes hospitais, foram identificados de forma direta, pelo respetivo enfermeiro diretor, dois serviços distintos, com o objetivo de enriquecer o testemunho.

Em cada um desses serviços, decidiu-se aplicar os seguintes critérios de inclusão: cada serviço indicaria um enfermeiro com experiência na instituição, inferior a um ano; um enfermeiro com experiência em supervisão clínica de processos de integração; e o enfermeiro em funções de gestão.

Após aplicar os critérios de inclusão, surge na Tabela 1 o desenho da investigação do presente estudo, que contempla o grupo dos doze enfermeiros participantes.

Para a caracterização sociodemográfica dos doze enfermeiros participantes, que se encontra explanada na Tabela 2, considerou-se as seguintes variáveis: categoria profissional, género, idade, anos de experiência profissional e formação profissional.

**Tabela 1***Desenho do estudo da investigação com os doze participantes*

<b>Instituição do setor público</b>		<b>Instituição do setor privado</b>	
Serviço público 1 <b>(SPu1)</b>	Serviço público 2 <b>(SPu2)</b>	Serviço privado 1 <b>(SPr1)</b>	Serviço privado 2 <b>(SPr2)</b>
Enfermeiro gestor 1 <b>(GPu1)</b>	Enfermeiro gestor 2 <b>(GPu2)</b>	Enfermeiro gestor 1 <b>(GPr1)</b>	Enfermeiro gestor 2 <b>(GPr2)</b>
Enfermeiro supervisor clínico 1 <b>(SCPu1)</b>	Enfermeiro supervisor clínico 2 <b>(SCPu2)</b>	Enfermeiro supervisor clínico 1 <b>(SCPr1)</b>	Enfermeiro supervisor clínico 2 <b>(SCPr2)</b>
Enfermeiro supervisado clínico 1 <b>(SvPu1)</b>	Enfermeiro supervisado clínico 2 <b>(SvPu2)</b>	Enfermeiro supervisado clínico 1 <b>(SvPr1)</b>	Enfermeiro supervisado clínico 2 <b>(SvPr2)</b>

Nota: S – serviço; G - gestor; SC – supervisor clínico; Sv – supervisionado clínico; Pu – público; Pr - privado

#### 2.4. INSTRUMENTO E PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

Existem diversos instrumentos de recolha de informação, contudo a sua adequação ao tipo de investigação é importante, uma vez que estes são selecionados pela natureza do problema que se pretende estudar. Segundo Reis (2018) é essencial que se conheçam 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.

Na investigação qualitativa podem ser utilizadas: entrevistas, método observacional, narrativa escrita, entre outros (Creswell, 2021). A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher informações relativas às questões de investigação formuladas (Fortin, 2009). Segundo Poupart (2014) a entrevista do tipo qualitativo possibilita explorar em profundidade a perspetiva dos participantes, permite compreender o seu ponto de vista, abre a possibilidade de conhecer internamente os dilemas e as questões dos sujeitos, é um instrumento privilegiado de acesso à experiência pessoal. A entrevista qualitativa permite ao investigador “desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan 1994, p. 134).

No método fenomenológico adaptado às ciências humanas, os dados podem provir de uma simples descrição ou de uma entrevista. Em ambos os casos, as questões são geralmente

amplas e abertas, a fim de deixar o sujeito exprimir abertamente o seu ponto de vista, no âmbito do senso comum. “O que se pretende é obter uma descrição concreta e detalhada da experiência e dos atos do sujeito, que seja tão fiel quanto possível ao que ocorreu, tal como ele o viveu” (Giorgi, 2010, p. 398).

Deste modo, a seleção de entrevista semiestruturada surgiu como o instrumento de colheita de informação que melhor se aplica ao objetivo geral do estudo, que segundo Reis (2018, p.95) “é um instrumento privilegiado nos estudos descritivos, com abordagem qualitativa”.

De acordo com Fortin (1999), na entrevista semiestruturada, o investigador utiliza uma lista de temas orientadores e formula as questões a partir destes temas segundo a ordem que considerar oportuna.

No caso do guião da entrevista foi elaborado com base na revisão de literatura e validado por dois especialistas na área da supervisão clínica, contendo questões abertas organizadas por eixos temáticos: percepção sobre integração, papel da supervisão clínica e diferenças contextuais. Dada inexperiência do investigador no âmbito da investigação qualitativa, e no método do guião entrevista, foram consultados vários autores na área dos Recursos Humanos como Chiavenato (2004) e também de dissertações publicadas de mestrado na área de enfermagem que a temática fosse no âmbito da Integração de Enfermeiros, de forma a mapear as áreas que seriam necessárias contemplar no guião da entrevista (Apêndice 2). No desenrolar das entrevistas em si, foi adotada uma ordem, embora existisse espaço para a fluidez, flexibilidade e espontaneidade do momento da entrevista.

A estrutura da entrevista é constituída pelas seguintes partes: caracterização sociodemográfica, conceito de integração, componente profissional, assuntos organizacionais, benefícios oferecidos e relacionamento e interação. No início da entrevista, o investigador faz a sua apresentação pessoal; apresenta o tema e objetivo geral do estudo e refere o contexto em que está a ser desenvolvido; explica a finalidade da entrevista; informa sobre a salvaguarda dos princípios éticos; solicitada a assinatura do consentimento informado e solicitada a autorização para gravar o áudio da entrevista.

Foi solicitado a cada enfermeiro gestor, de forma a assegurar condições do ambiente físico para pôr em prática as entrevistas, uma sala/gabinete com os seguintes requisitos: condições de luminosidade, ventilação, sonoridade, espaço, conforto e privacidade, com o objetivo de que o ambiente físico contribua para um clima de confiança e empatia de ambas as partes, algo que foi garantido em todas as doze entrevistas. Segundo Poupart (2014) o investigador deve permitir que o entrevistado se sinta à vontade, demonstrar neutralidade face a juízos de valor, proporcionar um ambiente favorável à confiança e demonstrar empatia e interesse, este foi o primeiro pressuposto de cada entrevista.

Na segunda parte da entrevista, procura-se recolher informações sociodemográficas de cada participante; na terceira parte, desenvolve-se a temática da integração como o conceito central da investigação e seguidamente explora-se assuntos da componente profissional e organizacional em termos relacionais. A última parte da entrevista, corresponde ao encerramento da entrevista, onde existe a possibilidade de acrescentar alguma informação ou colocar alguma questão.

A realização das entrevistas decorreu no período compreendido entre 2023 e 2024, a duração média de cada entrevista foi cerca de 30 minutos. O local para aplicar o instrumento de recolha de informação foram os respetivos serviços, onde cada um dos enfermeiros desempenha a sua atividade profissional, assim procurou-se ir ao local onde o fenómeno se desenrola e observá-lo *in loco*.

Após a concretização de todas as entrevistas, o seu conteúdo foi transcrito pelo investigador, com o recurso ao *Microsoft Office Word*, aumentando o rigor e a precisão. Após a transcrição das entrevistas foi solicitada aos participantes a sua leitura e validação.

## 2.5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Dando início ao procedimento de análise do conteúdo das já mencionadas entrevistas, realizadas ao grupo de participantes no estudo, procurou-se utilizar a metodologia de “Análise de Conteúdo” desenvolvida por Bardin (1977), como sendo um conjunto de técnicas de análise 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 procedimento relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

De acordo com Bardin (1977), 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.

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

**Pré-análise** que corresponde à fase de organização do material, a preparação do material e 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*.

**Exploração do material** é realizada através de operações de codificação, por parte do investigador e do orientador, que Bardin (1977) 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.

**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. O sistema de categorias não é fornecido previamente, mas sim resultado da classificação progressiva dos elementos (Bardin, 1977).

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 (Bardin, 1977).

No presente trabalho a triangulação de dados foi atingida quando da validação das categorias em conjunto com o orientador, sendo esta uma técnica de incremento da credibilidade e consiste num método de verificação de achados utilizando várias fontes ou investigadores. No caso do método fenomenológico é frequente a triangulação de investigadores. Para garantir a triangulação, durante a análise da informação deve existir um acordo intersubjetivo que assenta na utilização de dois ou mais investigadores que funcionam simultaneamente como juízes neste processo (Loureiro, 2006).

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).

Após a leitura atenta 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.

## 2.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores, e quando se refere “todas as etapas do processo” é mesmo do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência e definição do problema a estudar à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos apropriados de colheita e análise de dados, da confrontação de resultados de outros estudos às regras de publicação e disseminação dos resultados (Nunes, 2020).

Uma investigação aplicada a seres humanos, implica necessariamente a sua participação e envolvimento de forma voluntária, podendo levantar questões de ordem ética e legal, portanto, esta apenas deverá ser levada a cabo desde que não coloque em causa a autonomia, os direitos e o respeito pela vida humana, mantendo, no decurso da mesma, os princípios éticos e deontológicos (Simões, 2011).

A realização do estudo, fundamentado de acordo com o Regulamento Geral da Proteção de Dados, em vigor na União Europeia, desde 25 de maio de 2018, pressupõe a obtenção da aprovação para realizar a investigação por parte de ambas a instituição de saúde, perante isto, foi “fornecido à organização informação cuidada e precisa sobre a sua proposta de investigação e a investigação será conduzida de acordo com o protocolo de investigação aceite pela instituição” (Pais-Ribeiro, 2010, p. 156).

Esta consideração ético-legal associada à investigação, inclui os pedidos de autorização para a realização do estudo nas instituições de saúde selecionadas. Ambos os documentos encontram-se nos anexos, estão identificados como Anexo 1 e Anexo 2.

O processo de obtenção da autorização para a realização desta investigação revelou-se complexo, burocrático e moroso. Durante este período, várias propostas foram recusadas pelos responsáveis da instituição de saúde do setor público, prolongando ainda mais o tempo de espera pela aprovação.

Por sua vez, no setor privado, o parecer positivo foi emitido ao fim de aproximadamente um mês. Após a aprovação, iniciaram-se os contactos com o enfermeiro diretor, com vista ao arranque da colheita de informação nos serviços selecionados.

A todos os participantes, foram providenciadas informações acerca do estudo e os métodos de colheita de informação, através do documento de Informação ao Participante (Apêndice 1) que inclui as seguintes informações: identificação dos investigadores; contexto do estudo; objetivo geral; métodos de recolha de informação; salvaguarda dos princípios éticos; e disponibilidade do investigador para esclarecimento de dúvidas.

Ao longo do presente trabalho e de acordo com Nunes (2020) foram respeitados todos os trâmites ético-legais descritos, desde a formulação do problema, na revisão de literatura onde se visa apresentar o “estado da arte” e sustentar a pertinência do problema, no que diz respeito aos participantes no estudo, foi solicitada a autorização para proceder à gravação das entrevistas em formato áudio para posterior análise, tratamento de dados e destruição póstuma.

Os dados recolhidos 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 semiestruturada, mas também do processo de registo de áudio que foi inteiramente eletrónico e não carecendo do registo do participante, sendo que os dados estão numa base acessível apenas ao investigador.

Todos os participantes assinaram o modelo de consentimento informado de forma livre e espontânea e na análise e tratamento dos dados foram adotados os procedimentos de consentimento e anonimato anteriormente referidos.

### **3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

De acordo com Fortin (2009), os dados em bruto e depois de analisados e sujeitos a interpretação, transformam-se no resultado da investigação, as codificações dos mesmos devem ser efetuadas por métodos de análise de conteúdo de acordo com o tipo de dados que se possui.

#### **3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

Da amostra constituída para a investigação, foram selecionados um total de doze enfermeiros: quatro enfermeiros denominados como “enfermeiros gestores”, quatro enfermeiros denominados “supervisores clínicos” e quatro enfermeiros referenciados como “supervisados clínicos”. De forma a tornar a leitura e interpretação dos capítulos que se seguem mais fluida e acessível, optou-se por codificar as diversas variáveis que caracterizam os enfermeiros abrangidos no estudo.

Quanto às categorias dos enfermeiros adotou-se a seguinte codificação: para identificar o enfermeiro gestor do setor público foi definida a sigla “GPu”, enquanto no setor privado foi identificada a sigla “GPr”; relativamente ao enfermeiro supervisor clínico do setor público e enfermeiro supervisor clínico do setor privado, foram definidas como SCPu e SCPr respetivamente; por último, o enfermeiro supervisado clínico do setor público foi referido como SvPu e o enfermeiro supervisor clínico do setor privado como SvPr.

Posteriormente foram atribuídos números entre 1 e 2 de acordo com a ordem pela qual decorreram as entrevistas. Os quatro serviços envolvidos foram denominados por “S”, pela atribuído numeração de acordo com a ordem da entrevista e a codificação mediante o setor público ou privado.

A Tabela 2 foi construída com o intuito, não só de organizar a amostra do estudo, mas também capacitar o leitor para compreender a codificação executada, uma vez que este processo será vital para a interpretação posterior dos seguintes capítulos do trabalho.

**Tabela 2***Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes*

Instituição de Saúde	Serviço	Categoria (Código)	Tempo de serviço (anos)	Idade (anos)	Formação
<b>pública (Pu)</b>	<b>1</b> (SPu1)	gestor (GPu1)	43	65	EESMO
		supervisor clínico (SCPu1)	17	39	Licenciatura
		supervisado clínico (SvPu1)	5	27	Licenciatura
	<b>2</b> (SPu2)	gestor (GPu2)	40	66	Mestre em Gestão
		supervisor clínico (SCPu2)	27	48	Licenciatura
		supervisado clínico (SvPu2)	7	29	Licenciatura
<b>privada (Pr)</b>	<b>1</b> (SPr1)	gestor (GPr1)	13	35	Pós-Graduação Gestão
		supervisor clínico (SCPr1)	11	32	EEMC; 3 Pós-Graduações; Doutoranda
		supervisado clínico (SvPr1)	6	29	Licenciatura
	<b>2</b> (SPr2)	gestor (GPr2)	18	41	Especialista Doente Crítico
		supervisor clínico (SCPr2)	16	38	Pós-Graduação Enf. Trabalho
		supervisado clínico (SvPr2)	3	25	Licenciatura

Notas: S – serviço; G - gestor; SC – supervisor clínico; Sv – supervisado clínico; Pu – público; Pr - privado

Da análise das características sociodemográficas e profissionais dos participantes, verificou-se, conforme apresentado na Tabela 2, dos doze enfermeiros incluídos no estudo existem dois enfermeiros do género masculino e dez enfermeiros do género feminino, em que a idade dos envolvidos varia entre os 25 e os 68 anos.

O grupo dos enfermeiros gestores apresenta uma idade média de 51 anos e 9 meses e uma média de anos de experiência profissional de 28 anos e 6 meses. Neste grupo existem

enfermeiros com formações académicas diferenciadas, como a especialização em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia, Especialidade em Doente Crítico, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pós-Graduação e Mestrado em Gestão.

O grupo dos enfermeiros supervisores clínicos, apresenta uma idade média de 39 anos e 3 meses e uma média de anos em experiência profissional de 17 anos e 9 meses. Este grupo é constituído por um elemento do sexo masculino e três do sexo feminino. A nível de formação académica conseguimos compreender que há já 50% (dois) dos elementos com formação académica superior a Licenciatura em Enfermagem, como são exemplos da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica e a pós-graduação com competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem do Trabalho.

O grupo dos enfermeiros supervisionados clínicos, totaliza quatro elementos do sexo feminino, apresenta uma idade média de 27 anos e 6 meses de idade, com uma experiência profissional de 5 anos e 3 meses, configuram-se assim de forma natural e expetável, como o grupo com elementos com idades mais baixas e também menor tempo de experiência profissional. Também podemos perceber que todos os enfermeiros têm o grau académico de Licenciatura em Enfermagem.

Após a caracterização dos participantes deste estudo, no subcapítulo seguinte encontram-se descritos os procedimentos de colheita de informação.

### 3.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a transcrição das entrevistas realizaram-se várias leituras do conteúdo das entrevistas realizadas aos enfermeiros gestores, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionado clínicos e procurou-se categorizar os excertos relevantes para o fenómeno em estudo, começando por agrupar unidades de registo.

De salientar que, o processo de apresentação dos dados não se verificou um processo nem linear, nem de todo facilitado, ao longo do tempo em que foi redigido este capítulo, o mesmo foi sujeito a vários ajustes, de forma a contribuir para a melhoria da sua consecução.

As sucessivas melhorias de reestruturação, por parte do investigador e do orientador, ocorreram com o objetivo de facilitar a compreensão do documento e assim, agrupou-se separadamente os resultados: enfermeiro gestor, enfermeiro supervisor clínico, enfermeiro supervisionado clínico, setor público e setor privado.

No subcapítulo seguinte, inicia-se pela apresentação dos resultados da análise das perceções dos enfermeiros gestores, de seguida dos enfermeiros supervisores clínicos e por último, o grupo dos enfermeiros supervisionados clínicos.

Na fase final, decidiu-se construir um último subcapítulo, que revela as principais dimensões dos enfermeiros gestores, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados clínicos, do setor público e do setor privado, como está espelhado Tabela 6.

### 3.3. PERCEÇÕES SOBRE O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

Da análise do conteúdo das entrevistas aplicadas aos enfermeiros gestores, emerge o primeiro domínio acerca da percepção destes acerca do processo de integração.

Assim procurou-se organizar o presente subcapítulo da seguinte forma, construindo três subcapítulos: inicia-se nas percepções relativas à categoria dos enfermeiros gestores, posteriormente a categoria que congrega as percepções dos enfermeiros supervisores clínicos e por fim, o subcapítulo que aglutina as percepções dos enfermeiros supervisionados clínicos, mantendo sempre o critério apresentado na Tabela 2, ou seja, iniciando sempre do setor público para o setor privado.

#### **3.3.1. Percepções dos enfermeiros gestores sobre o processo de integração**

O primeiro conjunto de percepções, que se encontra na Tabela 3, agrega 10 categorias e respectivas subcategorias.

**Tabela 3***Percepções dos enfermeiros gestores sobre o processo de integração*

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
Conceito de integração	Centrado no supervisionado Adequação ao serviço/instituição/organização Integração gradual e centrada nos cuidados Falta de tempo e colaboração de colegas Como promotor de qualidade
Programa de integração	Limitações da gestão Duração Inexistência Planificação
Percepção sobre integração eficaz	Domínio da capacidade Processo supervisoivo Conhecimento mútuo Proximidade
Material de apoio	Plataforma digital Documentação
Cronograma	Conforto e segurança Homogeneizar Individualidade Duração
Facilidades e dificuldades	Experiência anterior Sentimentos Conceito mais abrangente de integração
Assuntos organizacionais	Enfermeiro diretor
Benefícios oferecidos pela instituição	Horário de trabalho Condições laborais Estabilidade Prémios
Estratégias implementadas	Proximidade Investimento Coesão "inter-serviços" Opinião pessoal Confiança mútua Acompanhamento
Melhorias a implementar	Duração Integrar em equipa Supervisão clínica Escala de acompanhamento

Após a apresentação das categorias e subcategorias presentes na Tabela 3, foi elaborada a descrição e respetiva justificação das mesmas com recurso a citações retiradas das entrevistas.

- **Conceito de integração**

Na perspetiva dos enfermeiros gestores entrevistados, verificou-se que o conceito de integração se encontra centrado no supervisionado, ou seja, a integração deverá ser centrada e focada no enfermeiro supervisionado clínico:

“...é receber e orientar o novo profissional, na orgânica da equipa e nas suas funções.”  
GPu2;

“...passa por as pessoas irem analisando as capacidades de cada um e a maneira como damos resposta às situações...” GPr2.

A adequação ao serviço/instituição/organização foi algo que foi identificado por dois enfermeiros gestores:

“...um processo de ajustamento recíproco do indivíduo à instituição ou à organização e mais especificamente ao local onde vai exercer a sua função.” GPu1;

“...é fundamental que se adapte à equipa...que se sinta acolhido na equipa e na instituição...” GPu2.

O modo como a integração gradual e centrada nos cuidados, é um facto importante:

“...é um processo que nunca acaba...em que se busca o melhor desempenho...para o desenvolvimento de competências...” GPu2;

“...começam sempre com utentes “mais simples” ...e vão passando a ficar com utentes mais complexos...” GPr2.

Das diversas condicionantes da integração: falta tempo e falta de colaboração dos colegas, foram identificadas as seguintes afirmações:

“o acompanhamento era muito reduzido...”; “os meus colegas não apoiavam muito, havia muita concorrência” GPr1.

Para os alguns dos enfermeiros gestores, a integração como promotora de qualidade, é um fator importante e que destacaram ao longo da entrevista, através das seguintes citações:

“...que possa cuidar de utentes de forma segura.” GPu2;

“é um motivo que pode diferenciar um colega de se tornar num bom elemento”; “O meu objetivo é fidelizar e fixar bons elementos, fazer com que as pessoas olhem para um projeto como um projeto de longa duração” GPr1.

- **Programa de integração**

As limitações da gestão, foram mencionados pelos enfermeiros gestores como obstáculos que os próprios vivenciam na sua prática de planificação de momentos de integração:

“o modelo decorre daquilo que os ‘gestores de topo’ nos impõe... da minha experiência quase todos precisam de mais tempo, tentamos corresponder ao que é pedido” GPu1;

“... o facto de não ser avisada sobre a vinda de um novo elemento...e estas “coisas” requerem planeamento...” GPu2.

A duração do período de integração é uma subcategoria abordada, da seguinte forma, na perspetiva dos enfermeiros gestores:

“decorreria em duas manhãs, duas tardes e uma noite” GPu1;

“São quatro manhãs, quatro tardes e uma noite.” GPu2;

“Tentamos cingir o período a apenas um mês, tanto pode durar uma semana, como um ano...há outras que podem requerer mais tempo.” GPr1.

A inexistência de um programa de integração foi apenas mencionada por um dos quatro enfermeiros gestores:

“a (enfermeira) responsável pela formação já elaborou o plano e iremos apresentar em breve ao enfermeiro diretor.” GPr1.

A planificação do momento de integração por parte dos enfermeiros gestores apresenta uma multiplicidade de visões:

“...apresento o novo elemento ao enfermeiro que o vai integrar e vou obtendo os feedbacks à medida que as coisas se vão desenvolvendo.” GPu1;

“Recebo o elemento e gosto de transmitir certos valores...gosto de perceber as suas expetativas e as suas perspetivas de relação... gosto de ao longo do tempo ir avaliando o processo e manter a abertura e demonstrar sempre a minha presença...” GPu2.

“Procuro encontrar um enfermeiro mais sénior...” GPr1;

“Seleciono um tutor/pessoa de referência...” GPr2.

- **Perceção sobre integração eficaz**

Para dar resposta à presente categoria, foram identificadas as vertentes em que esta se “desdobra”, como por exemplo, o domínio da capacidade:

“Consiga desenvolver procedimentos em segurança, para o próprio e para o utente.” GPu1.

Por exemplo, o GPr2, afirma que grande parte do sucesso de uma boa integração se pode traduzir pelo processo supervisoivo:

“...porque existiu uma pessoa de referência a trabalhar em parceria com ele...” GPr2.

Para GPu1, o sucesso assenta no conhecimento mútuo, entre enfermeiro supervisor clínico e o enfermeiro supervisionado clínico:

“...tenha abertura para pedir ajuda ou o esclarecimento necessário.” GPu1.

Também relacionado com o conhecimento mútuo mencionado antes, a proximidade que se constrói com o enfermeiro supervisor clínico e com a equipa, estão espelhadas nas seguintes citações:

“...desloco-me com o novo elemento a todos os serviços do hospital para dar a conhecer a estrutura e as pessoas que fazem parte dele.” GPu2;

“...acredito numa estratégia de coordenação partilhada e pela proximidade que tenho, penso que seja uma mais-valia para perceber as capacidades de cada um deles.” GPr1.

- **Material de apoio**

A forma como o material de apoio é disponibilizado aos novos elementos ocorre essencialmente de duas formas:

Ora através de documentação em suporte papel, para consulta do elemento:

“Existe essa documentação no serviço para consulta... ninguém precisa de saber isso decorado.” GPu1;

“...existe um protocolo para consulta com as normas e os procedimentos em vigor no serviço...” GPu2.

Ora através de uma plataforma digital:

“No hospital há uma plataforma onde estão compiladas as normas e protocolos inerentes.” GPr1.

- **Cronograma**

Na temática do cronograma foram identificadas as seguintes subcategorias:

O conforto e segurança, foi mencionado da seguinte forma:

“Tanto pode durar um mês, como um ano...há que definir uma base do que é preciso para se atingir o ponto em que se sente confortável.” GPr1.

A forma como existe o cuidado de homogeneizar o novo elemento na equipa:

“Tento equilibrar e distribuir os elementos mais novos, com elementos mais experientes.” GPr2.

A forma como se respeita a individualidade:

“Há pessoas que podem requerer mais tempo” GPr1;

“O fator tempo é muito pessoal...há colegas que não precisam de um mês, apenas duas semanas é suficiente.” GPr2.

A duração do cronograma imposto na sua realidade, foi fortemente criticado por GPu1:

“Nem toda a gente se integra no período estipulado (2 manhãs, 2 tardes e 1 noite), da minha experiência quase todos precisam de mais tempo.”.

- **Facilidades e dificuldades**

No campo das facilidades e dificuldades a primeira subcategoria a ser exultada foi a experiência anterior:

“...se um enfermeiro vem de uma realidade profissional anterior, é natural que existe uma “menor” preocupação relativamente à sua integração...por outro lado...se é recém-formado a realidade é de maior proximidade...” GPu2;

“Os colegas que vêm de outro contexto semelhante ou com outras experiências anteriores têm sempre outra facilidade” GPr1;

“...os locais de ensino clínico, determina o à-vontade que as pessoas têm a iniciar a sua carreira/percurso.”; “é mais facilitador integrar alguém que tenha experiências profissionais anteriores do que um recém-licenciado.” GPr2.

No que diz respeito, aos sentimentos experienciados por elementos em período de integração, foram descritos da seguinte forma:

“...quando se chega a um sítio novo, há sempre um choque...têm sempre alguma ansiedade e insegurança.” GPu1.

“...a maturidade é um dos fatores que na minha opinião é facilitador.” GPu1.

Na prospeção do conceito mais abrangente de integração, existem perspetivas interessantes:

“...integrar começa desde o local onde se vai buscar a farda, ao refeitório e todos os locais importantes da instituição.” GPu2;

“a integração começa desde que se chega ao estacionamento até chegar ao vestiário, até esta exige uma integração.” GPr1.

- **Assuntos organizacionais**

Relativamente aos assuntos organizacionais foi unânime a opinião que ficaria ao encargo do enfermeiro diretor:

“em geral o enfermeiro diretor faz esse trabalho, nós fazemos a “ponte” entre a gestão e a nossa unidade.” GPu1;

“...o enfermeiro diretor tem essa preocupação.” GPu2;

“...a abordagem é feita pelo enfermeiro diretor, quando o colega vem essa parte está assegurada...” GPr1;

“gosto de diariamente salientar alguns detalhes que não estão tão bem, mas regra geral é o enfermeiro diretor que realiza esse trabalho.” GPr2.

- **Benefícios oferecidos pela instituição**

Na subcategoria do horário de trabalho, onde de forma mais categórica e recorrente se dicotomiza, as 35 horas semanais vs as 40 horas semanais, que figuram entre público e privado. Obtiveram-se as seguintes citações:

“...benefícios como as 35h/semanais...” GPu2;

“...tento criar um horário mensal perante os pedidos e tento facilitar a vida às mães do meu serviço...os nossos horários são em função dos planos operatórios, são praticamente semanais.” GPr1.

Os enfermeiros gestores do setor público alinharam-se na subcategoria das condições laborais:

“regra geral, não abordam essa temática, vêm para trabalhar e à medida que o tempo vai decorrendo vão começando a pôr algumas questões...” GPu1;

“...procuram a segurança e as regalias que noutras realidades não usufruem.” GPu2.

No domínio da estabilidade, que se entende pela segurança do vínculo contratual e todo o tipo de benesses associadas a este:

“em regra geral vêm para aqui e tentam aliar as condições laborais e contratuais, ao horário.” GPu2;

“em geral, estamos mais na fase de agregar do que de saída de colaboradores.” GPr2.

Na subcategoria de prêmios, neste estudo é apenas associado ao setor privado, uma vez que no setor público não está contemplada esta subcategoria:

“consoante a avaliação anual, um subsídio extra que pode ir até um salário mensal, para além dos outros 14 salários.” GPr1.

- **Estratégias implementadas**

Naquilo que são as estratégias implementadas pelos enfermeiros gestores em integração de novos elementos no seu serviço, pode-se destacar primeiramente a proximidade, justificada pelas seguintes afirmações:

“...penso que é importante demonstrar presença e entreaajuda...” GPu2;

“...a relação próxima com os médicos...” GPr1;

“...há boa relação e uma facilidade de interação na equipa multidisciplinar.” GPr2.

Na perspetiva de GPr1 o investimento na sua equipa, são um fator em que o próprio destaca:

“Tento providenciar-lhes formação em serviço, de modo a entenderem que há preocupação no seu desenvolvimento.” GPr1.

Há também a noção de que a coesão 'inter' serviços

“havia uma rivalidade e atritos entre colegas do serviço de internamento e este serviço, e isso agora mudou, dou-me muito bem com a enfermeira gestora e privamos imensas vezes a discutir pontos que podem ser melhorados.” GPr1.

Existem também o cuidado de ouvir a opinião pessoal, como podemos perceber pela frase abaixo:

“se todos conversarmos e dermos os nossos pontos de vista, podemos melhorar.” GPr2.

A existência de uma confiança mútua, através do cuidado em “pequenos detalhes”:

“...mantermo-nos presentes com companheirismo, confiança e sempre com frontalidade...” GPu2;

“ter em consideração os aspetos da vida pessoal da pessoa, como situações académicas ou a parentalidade...” GPr2.

A forma como o acompanhamento é providenciada pelo GPu1 e GPr1, é uma bastante particular e na minha opinião, uma forma de estar a destacar:

“...converso com o supervisor clínico, para perceber o nível de competências que já dominam...”; “...manter o acompanhamento do elemento ao recém-integrado enfermeiro, mesmo após a integração.” GPu1;

“pedia todos os colegas que definissem objetivos anuais e identificassem a forma como eu, enquanto enfermeiro gestor os podia ajudar.” GPr1.

- **Melhorias a implementar**

De uma forma geral, embora de diferentes formas, todos os entrevistados na categoria de enfermeiros gestores destacam a duração do período de integração, na categoria das melhorias a implementar:

“...aumentaria um pouco o espaço temporal, parece-me demasiado condensado e ao mesmo tempo também o ajustaria.”; “...não o faria tão “taxativo” para haver uma flexibilidade, somos todos diferentes...” GPu2;

“o ideal seria um período de 9 meses de integração, como elemento supranumerário. Seria 3 meses de anestesia, 3 meses de circulação e 3 meses de instrumentação.”; “...todos os planos de integração devem ser ajustáveis...” GPr1.

A ideia de integrar em equipa, esteve sempre bem patenteada no discurso de GPr1, e nesta fase foi aproveitado pelo próprio para voltar a reforçar a sua perspetiva:

“...integrar no seio da equipa porque precisamos de estar todos sincronizados e trabalhar em conjunto para unificar a equipa...” GPr1.

Na ótica de GPr2, a temática de integração no serviço, poderá tomar uma importância superior, com a nomeação de um colega que desenvolvesse trabalho na área da supervisão clínica:

“selecionar um colega que ficaria responsável pela formação e integração de novos elementos... funcionasse como “consciência extrínseca” e com o seu acompanhamento

se pudesse definir os pontos a melhorar, não só nas integrações, mas como uma equipa.” GPr2.

Em última instância surgir na fase de troca de ideias com a GPU2, a possibilidade de se aplicar e/ou desenvolver uma escala de acompanhamento de processo de integração:

“sugeria aplicar uma escala de monitorização de acompanhamento do processo de integração.” GPU2.

Após a exposição com as respetivas citações dos enfermeiros gestores, avançamos para o segundo grupo de enfermeiros, neste caso os enfermeiros responsáveis pela SC do processo de Integração, denominados de enfermeiros supervisores clínicos.

### **3.3.2. Perceções dos enfermeiros supervisores clínicos sobre o processo de integração**

No processo de categorização existiram algumas divergências na matriz da mesma quando comparada com a anterior, que fora moldada pelas próprias opiniões e perspetivas dos entrevistados, como poderemos perceber pela leitura da seção seguinte onde se encontra a Tabela 4, que se divide em 6 categorias diferentes.

**Tabela 4**

*Perceções dos enfermeiros supervisores clínicos sobre o processo de integração*

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
Conceito de integração	Praticidade Pertença
Programa de integração	Existência Estrutura Planificação Cronograma
Material de apoio	Documentação
Perceção sobre integração eficaz	Visão “uni-profissional Domínio da capacidade Cuidado ao doente
Estratégias implementadas	Reflexão ativa Feedback Compreensão

Melhorias a implementar	Enquadramento Priorização Planeamento Duração
-------------------------	--

- **Conceito de integração**

A interpretação do fenómeno do conceito de integração é muito mais numa vertente da praticidade, mas também da pertença, seguem-se alguns exemplos:

“... pô-los mais ao corrente das rotinas da organização e dos cuidados específicos.” SCPu1;

“...para mim significa acolher, integrar dentro das rotinas e do funcionamento do serviço (...) aceitar o funcionamento e majorar todas as suas qualificações.” SCPu2;

“...significa ser capaz de dar resposta a maior parte das solicitações para o cargo que estás a desempenhar...” SCPr1;

“pressupõe um conjunto de dados que te são “passados” (...) como o intuito de te sentires mais confortável, com a organização e com as pessoas...” SCPr2.

- **Programa de integração**

Relativamente à existência de um programa de integração há diferentes respostas, três positivas e uma negativa:

“...temos um guia de orientação...” SCPu1;

“...existe um programa e um manual de acolhimento.” SCPu2;

“...existe um programa de integração e acompanhamento...ainda não foi aplicado.” SCPr1;

“...neste momento não existe nenhum programa de integração.” SCPr2.

Quanto à estrutura do programa de integração, as citações são as seguintes:

“...fala na organização do serviço em si, nas atividades do enfermeiro e do assistente operacional, no turno da manhã, tarde e noite... os circuitos dos resíduos hospitalares, roupa, horários de visitas e alimentação... e é basicamente isto.” SCPu1;

“...está atualmente a ser reformulado implementando parâmetros de qualidade da Ordem dos Enfermeiros.” SCPu2.

Relativamente à planificação deste, as opiniões dos enfermeiros supervisores clínicos foram as seguintes:

“normalmente a Enfermeira Chefe, apresenta-me o elemento e transmite-me que serei eu a integrar...não existe planificação prévia.” SCPu1;

“...sou abordada pela enfermeira para saber a minha disponibilidade e definir os turnos que acompanharei o elemento...para manter uma integração consistente com a mesma linha de pensamento.” SCPu2;

“...sim é sempre planificado entre gestor, supervisor e supervisionado...posteriormente é ajustado a questão do tempo.” SCPPr2.

O cronograma da integração é definido da seguinte forma:

“É definida pelos superiores hierárquicos...varia entre 15 dias entre manhãs, tardes e noites.” SCPu1;

“...são três manhãs, duas tardes e uma noite...para quem já tem experiência profissional poderá vir a ser menos... por outro lado pode vir a estender-se mais...” SCPu2;

“...o tempo ideal para desempenhar funções em bloco operativo será cerca de 6 meses...não quer dizer que seja aquilo que se pratica atualmente..., mas espero que possa a vir no futuro próximo.” SCPPr1;

“é definido previamente: três semanas, uma delas em cada piso...ao fim de duas semanas é feita uma avaliação para perceber se a pessoa está apta a iniciar funções sozinha.”, “...pode haver momentos mais “apertados” e não dá para “estender” tanto.” SCPPr2.

- **Material de apoio**

Nesta categoria, a resposta dos enfermeiros supervisores clínicos, vai totalmente ao encontro diretamente àquilo que os enfermeiros gestores mencionaram, acerca da documentação a fornecer:

“Sim, fornecemos os manuais de acolhimento e normas.” SCPu1;

“Existem para consulta quer em papel, quer em suporte digital.” SCPu2;

“Como responsável pelas integrações, optei por fazer uma compilação de normas de protocolos internos mais importantes.” SCPr1;

“Os protocolos são ferramentas muito utilizadas no dia-a-dia.” SCPr2.

- **Perceção sobre integração eficaz**

A presente categoria enquadrada na construção da identidade profissional, pode ser compreendida com uma multiplicidade de subcategorias:

A visão “uni-profissional”, como:

“...um trabalho diário de preparação para a realidade profissional.” SCPu1.

E também no domínio da capacidade:

“...ser autónoma na sua realidade profissional.” SCPu1;

Por sua vez, SCPr1 percebe a eficácia muito centrada no cuidado ao doente:

“...ser capaz de dar resposta e cuidar do utente em todos os momentos.”.

- **Estratégias implementadas**

Foram mencionadas pelos enfermeiros supervisores clínicos, ao longo do processo de supervisão as seguintes:

A reflexão ativa como por exemplo:

“...temos momentos de pausa em que faço questão de abordar e refletir sobre determinados procedimentos...tento ir compreendendo o à-vontade com os utentes e o serviço.” SCPu2.

O feedback como:

“uma estratégia de feedback diário...saber corrigir de forma assertiva e pedagógica...embora já tenha ficado ‘mal vista’ por isso...”; “...foi realinhar prioridades, de forma a dar prioridade àquilo que é mais importante...”; “...ser referência a dominar a teórica e a técnica...” SCPr1;

“... com base na experiência do colega integrador e nas suas experiências.” SCPr2.

A compreensão do elemento:

“... saber ser flexível perante o novo elemento...”, “...perceber as características do supervisionado e saber sincronizar com o enfermeiro que supervisiona...” SCPPr1.

- **Melhorias a implementar**

Nesta categoria de opinião pessoal, surgiram várias melhorias:

Como o enquadramento:

“...cuidado em enquadrar o colega com experiências anteriores num serviço semelhante...uma experiência nova irá acarretar mais esforço (...) e acima de tudo mais tempo.” SCPu1.

A priorização da função de SC defendida por:

“...deveria existir menos horas de cuidados ao enfermeiro que supervisiona a integração (...) para estar mais próximo e dedicado ao processo em si.” SCPu1;

“...existir menos horas de cuidados atribuídos a pessoas nessa função.”; SCPu2.

Melhorar o planeamento do processo de integração:

“...qualquer programa/apresentação virtual onde o supervisionado visiona-se todo o percurso, onde houvesse identificação os locais de serviço, as rotinas do serviço, os protocolos... penso que aceleraria a vertente integrativa...”; SCPu2.

Também seria benéfico:

“...elaborar um guia estruturado com guidelines, e reger o processo de integração e os momentos de avaliação...” SCPPr2.

Por último, na duração do programa de integração a melhoria:

“...ser concedido 6 meses de integração que preveja a pessoa como supranumerária... com diversos momentos de avaliação...” SCPPr1.

### **3.3.3. Perceções dos enfermeiros supervisionados clínicos sobre o processo de integração**

O último grupo de enfermeiros cujas entrevistas foram categorizadas, são o grupo dos enfermeiros supervisionados clínicos, não querendo tomar um papel redundante, mas de igual modo ao que foi descrito em cima, a perspectiva destes foi categorizada e aglutinada também de acordo com os seus relatos, sendo esta perspectiva, centrada na prática quotidiana da enfermagem e no seu “know-how”. De modo a otimizar o raciocínio, foi elaborada a Tabela 5 com as suas perceções, divididas em 8 categorias.

**Tabela 5**

*Perceções dos enfermeiros supervisionados clínicos sobre o processo de integração*

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
Conceito de integração	Rotinas Espaço físico Importância Recursos Humanos
Programa de integração	Existência/Inexistência Duração Estrutura Estratégias Sensações Planificação
Material de apoio	Plataforma digital Documentação
Perceção sobre integração eficaz	Domínio da capacidade Humildade intelectual Satisfação Equipa Visão Multidisciplinar
Facilidades e dificuldades	Multiplicidade de supervisores Protocolos médicos Sentimentos Estrutura Metas e objetivos Capacidade de comunicar
Assuntos organizacionais	Enfermeiro gestor
Benefícios oferecidos pela instituição	Proximidade com o domicílio Horário de trabalho Condições laborais Salário

Estratégias implementadas	Personalidade Personalização/adequação Confiança mútua Acompanhamento Planeamento
Melhorias a implementar	Tempo/duração Supervisor clínico Progressividade

- **Conceito de integração**

O enfermeiro SvPu1, acredita que pode ser centrado nas rotinas:

“são as rotinas do serviço e tudo o que é necessário para um bom desempenho...sejam elas ligadas às visitas, ou aos protocolos”.

A importância de conhecer o espaço físico, foi evidenciado por SvPu2:

“Desde a apresentação do espaço e das particularidades específicas do serviço...” e “...onde os materiais são alocados.” SvPr1.

Há também quem considere a importância do período de integração:

“É um período fundamental para que o processo que se vem a desenvolver seja o mais eficaz possível.” SvPu2.

E posteriormente, duas perspetivas mais abrangentes, a importância dos recursos humanos:

“...desde a apresentação da equipa...” SvPu2.

SvPr2 vai ainda mais longe dizendo que a:

“integração profissional, mas também na vida profissional...foi o meu primeiro contacto direto com a profissão”.

- **Programa de integração**

A existência do mesmo foi afirmada por:

SvPu2 “Sim, existe um plano”;

E por SvPr2 “Sim, existe.”;

Já o contrário, a sua inexistência:

SvPu1 “Não, não existe.”;

SvPr1 “Não, não existe”.

A duração também foi uma subcategoria mencionada, da seguinte forma:

“Foram definidos quinze dias: quatro manhãs, quatro tardes e uma noite” SvPu1;

“Foi definido quatro manhãs, duas tardes e uma noite...e havia ajuste mediante o feedback” SvPu2;

“...ao fim de uma semana de integração, já passei a assumir o turno...” SvPr1;

“Eu tive duas semanas de integração...” SvPr2.

SvPu2 fez uma breve descrição da estrutura do plano que afirmou existir: “...tive acesso ao plano logo no primeiro dia...está dividido em etapas e tem descrito a apresentação da infraestrutura, o planeamento dos serviços informáticos, os recursos humanos, o serviço de lavandaria...a apresentação genérica de todo o serviço, os espaços e as salas que o compõem”.

As estratégias de supervisão clínica implementadas foram as seguintes:

“Fui distribuída com vários enfermeiros ao longo da semana...o trabalho de alocação era diário, não havia definição prévia.” SvPr1;

“foram distribuídos vários tutores”, “...fiz turnos sempre acompanhada e o colega ia me explicando...” SvPr2.

Relativamente às sensações vivenciadas na primeira pessoa, foram descritas assim:

“...apesar de ter tido quatro enfermeiros diferentes no processo...podemos ver essa situação como uma vantagem, vamos aprendendo um “bocado” com cada um...” SvPu1;

“...penso que o fator tempo foi menor do que aquilo que eu esperava.”; “foi numa altura em que eles estavam a precisar de elementos e foi mais fácil integrar alguém da “casa”, para colmatar faltas a curto prazo.” SvPr1;

“considero que o tempo me deu bases para conseguir assumir as minhas responsabilidades autonomamente...se não estivesse preparada não tenho dúvidas que a minha “chefe” me daria mais tempo...” SvPr2.

A planificação foi abordada da seguinte forma:

“...não houve reunião prévia, foi me logo atribuído um tutor ao longo do período de integração...embora tenha tido quatro enfermeiros diferentes ao longo desse tempo...” SvPu1;

“o plano já me foi dado, não foi discutido...” SvPu2;

“...foram me atribuídos vários tutores durante esse período.” SvPr2.

A subcategoria denominada metodologia do programa de integração foi evidenciada em:

“O método foi eleger um elemento e ser apenas esse a acompanhar ao longo do tempo...ao longo dos turnos foi usado o feedback diário.” SvPu2;

“...claro que não comecei a ficar sozinha, havia sempre alguém mais experiente na sala e denotei que houve o cuidado de iniciar funções por situações mais simples e progressivamente foi evoluindo a complexidade.” SvPr1;

“... a enfermeira chefe ia me perguntando como estava a correr...o que é mais vantajoso para perceber as nossas expetativas e se nos estamos a integrar bem.” SvPr2.

- **Material de apoio**

Nesta categoria, existiu por um lado a documentação:

“Sim, foi me dado a conhecer onde podia consultar.” SvPu1;

“Foram me mostrados alguns documentos e onde os posso consultar.” SvPu2.

E por outro lado a existência de uma plataforma digital:

“Existe uma plataforma digital, onde estão compilados os protocolos institucionais.” SvPr1;

“Há uma compilação digital que podemos consultar, sempre que precisamos.” SvPr2.

- **Perceção sobre integração eficaz**

Nesta categoria podemos compreender que há subcategorias que são muito próprias e divergem dos outros dois grupos anteriores. Assim a primeira subcategoria, o domínio da capacidade é salientado por dois elementos:

“...quando já consigo desenvolver um turno normal e domino o base das rotinas...” SvPu1;

“...adquirir ferramentas para que no dia em que a integração terminar estar capaz de assumir o turno e os cuidados aos meus utentes.” SvPu2.

Há quem reconheça que:

“...não tenho problema em questionar um colega mais velho...” SvPu1, pode ser aglutinado na categoria da humildade intelectual;

A satisfação também foi identificada pela seguinte citação:

“...para mim estar bem integrada, tenho de sentir que estou confortável em qualquer situação...saber dar resposta a uma situação diferenciada...” SvPr1.

Salientam o papel da equipa que:

“devido à sua jovialidade e abertura, foi bastante fácil integrar-me...”, “a parte facilitadora foi a equipa...a equipa e a chefe são dois alicerces que me fazem continuar...” SvPr2.

Por último, a visão multidisciplinar também foi mencionada por SvPr2:

“...além de estar bem integrado na instituição é também estar bem integrado na equipa...trabalhar dentro da equipa”.

#### • **Facilidades e dificuldades**

Nesta subcategoria foram contemplados diversos fatores que influenciaram a integração, alguns de carácter negativo e outros de carácter positivo, também mencionados dificuldades e facilidades:

A multiplicidade de supervisores:

“o facto de ter tido vários colegas a integrar-me” SvPu1.

A existência de vários protocolos médicos:

“a minha maior dificuldade é a relação com a equipa médica, porque existem diversos protocolos para cada equipa, a mesma cirurgia, mas diferentes modos de atuar...” SvPr2.

Relativamente aos sentimentos vivenciados:

“...no início algum nervosismo e ansiedade...” SvPu1;

“O primeiro dia é sempre menos confortável..., mas à medida que o tempo vai passando um sentimento de maior à-vontade” SvPu2;

“Acho que ansiedade foi o sentimento que mais vivenciei...de um modo geral sinto-me feliz e segura” SvPr1;

“Eu venho feliz para o trabalho.” SvPr2.

Já na vertente mais positiva podemos salientar, a estrutura do programa:

“...de todas as integrações a que fui submetida, penso que esta será a mais organizada e completa, onde pela primeira vez me foi fornecido o plano de integração e houve uma discussão com a enfermeira gestora.” SvPu2.

As metas e objetivos, ficaram claros desde o início do percurso onde lhe:

“foi dado a conhecer o que se pretendia de mim e da minha função.” SvPr1;

Para SvPu2, “capacidade de comunicar e transmitir feedback da enfermeira...que me vai dando uma ideia mais abrangente da tarefa/função.”

- **Assuntos organizacionais**

Na presente categoria, há quem afirma que a transmissão dessa informação ficou a cargo do enfermeiro gestor:

“...foi-me dado a conhecer no primeiro dia, pela enfermeira gestora.” SvPu2;

“Sim foi me dado a conhecer a estrutura física.” SvPr2.

Por outro lado, há quem já tivesse conhecimento prévio:

“...já tinha trabalhado nesta instituição” SvPu1;

“já tinha alguma noção como já tinha estado no internamento...” SvPr1.

- **Benefícios oferecidos pela instituição**

Nesta categoria foram definidas as seguintes subcategorias:

A proximidade com o domicílio:

“...encontro-me a 5km de casa, o que foi ótimo.” SvPu1;

“...o que me cativou foi a proximidade com o meu local de residência.” SvPu2.

Em relação ao horário de trabalho:

“o nosso horário aqui é semanal...pelo menos para mim, não é um entrave.” SvPr1;

“O que mais me cativou foi o horário, 40h/semanais em turnos de 12h, dá para ter mais folgas seguidas.” SvPr2.

Relativamente às condições laborais:

“...já auferia das condições contratuais que estou a auferir aqui.” SvPu2;

“... em dias mais sobrecarregados e que saímos mais tarde, tenho sentido recompensa nos descansos.” SvPr1.

SvPr2 perspectiva uma vantagem que advém destas condições, como:

“... o protocolo de colaborador, realizar exames e consultas, através de um seguro que nos cobre.”.

Relativamente ao salário, na ótica de investigador notou-se que existiu um “tabú” ao abordar esta temática, afirma assim de forma parca que:

“a nível salarial não encontro grande benefício.” SvPr2.

- **Estratégias implementadas**

Na categoria foram destacadas:

A personalidade:

“acho que essa questão tem a ver com a forma de estar da pessoa, aberta a novos desafios...” SvPu1.

A personalização/adequação:

“...o principal é a adequação do plano de integração à pessoa...” SvPu1.

A confiança mútua:

“...quando nos sintonizamos com a equipa e temos a possibilidade de ser ouvidos, isto é importante.” SvPu1.

A importância do acompanhamento:

“...[integrar] é algo que requer uma avaliação bastante próxima...” SvPu1.

O planeamento:

“...um enfermeiro novo que chega a um serviço, tem de haver um levantamento de informações acerca dessa pessoa e profissional...a sua ‘bagagem’ profissional e como isso poderá afetar o seu desempenho.” SvPu1;

“é fundamental, ainda que possa ser flexível...ter noção do tempo e dos objetivos.” SvPu2.

- **Melhorias a implementar**

Na perspetiva dos enfermeiros supervisionados clínicos, as melhorias a implementar passam por:

A perspetiva do tempo/duração, foi mencionado por todos eles:

“...deve ser personalizado...” SvPu1;

“...penso que o tempo é adequado.” SvPu2;

“...o tempo é uma parte crucial...” SvPr1;

“o tempo podia ser um pouco superior...” SvPr2.

A importância de haver uma pessoa de referência, como supervisor clínico:

“...termos alguém de “back-up”, que nos possa dar orientação caso haja necessidade.” SvPu2.

Na ótica de SvPr1, deveria existir uma progressividade:

“...só depois de bem consolidado o processo é que devíamos iniciar outras funções.”.

### 3.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados obtidos, é possível entender que embora as opiniões dos enfermeiros possam variar com base nas suas experiências profissionais e pessoais, é possível identificar alguns padrões e tendências gerais nas suas percepções.

Após a organização dos subcapítulos relativos às categorias dos enfermeiros envolvidos nesta investigação, surgiu naturalmente a necessidade de acrescentar um subcapítulo que incluía tanto a perspectiva do setor público como a perspectiva do setor privado, procurando identificar as semelhanças e diferenças nos respetivos planos de integração.

Com o objetivo de facilitar a sua interpretação e perceberá-la como um todo, o presente capítulo encontra-se dividido em vários subcapítulos, respeitando a ordem anteriormente definida, cada um dos subcapítulos associados à categoria de enfermeiros gestores, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados clínicos.

Assim, procura-se discutir os dados apresentados na análise de conteúdo e contribuir, desta forma, para encontrar respostas à questão de partida definida no início da investigação.

#### 3.4.1. Enfermeiros gestores

Após a análise e interpretação dos principais pontos de vista dos enfermeiros gestores, optou-se por discutir mais profundamente as suas perspetivas.

Relativamente à perspectiva sobre o “conceito de integração”, é defendido por dois dos enfermeiros gestores (GPu2 e GPr2), que esta deve ser centrada no enfermeiro supervisionado clínico, ou seja, deve conhecer-se o profissional que vai integrar a equipa e orientá-lo na orgânica da equipa e nas suas funções, de modo que haja uma adequação do serviço/instituição/organização. É também defendido por ambos (GPu2 e GPr2), que esta perspectiva deverá ser executada de forma progressiva/gradual contactando primeiramente com situações mais simples e posteriormente situações mais complexas.

Teixeira (2022) refere que a SC tem como elementos centrais a ação, a reflexão e a colaboração, e permite que o enfermeiro adquira autonomia gradual no processo de tomada de decisão e na aquisição de novas competências, através do acompanhamento contínuo.

Por sua vez GPu1, percebe o processo de uma forma diferente, na subcategoria adequação ao serviço/instituição/organização, defende que o processo deverá ser “um ajustamento recíproco do indivíduo, à organização e mais especificamente ao local onde vai exercer esta função”, ou seja, há uma dupla adaptação e adequação daquilo que é a nova pessoa e novo enfermeiro, que se irá integrar na realidade da equipa, do serviço e da organização.

Para que tal aconteça, deverá estabelecer-se uma relação de confiança entre ambas as partes, o que só poderá acontecer adicionando o fator tempo à equação, algo que também é mencionado pela OE (2018) como um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas.

Conforme destaca Pedroso (1996), a importância na fase inicial da integração de enfermeiros, afirma que é relevante que os enfermeiros conheçam a estrutura da organização, bem como os seus objetivos e finalidades, bem como por outro lado, conhecer as particularidades específicas inerentes à sua profissão, como se pode compreender, o processo de integração e socialização de um enfermeiro, inicia-se antes deste entrar no espaço físico do serviço, começa quando decorre o primeiro contato com o enfermeiro diretor (GPu2 e GPr1).

Na prática, conforme mencionado pelos enfermeiros gestores, a integração de novos enfermeiros (tanto no setor público, como no setor privado) iniciou-se, de acordo com os participantes do estudo, pela receção do enfermeiro diretor, e nesta fase foram abordados aspetos gerais da instituição, realizou-se uma visita guiada, pelas partes principais das instalações algo também mencionado por Silvestre (2012), em que os enfermeiros foram recebidos na instituição pela enfermeira diretora, e lhes foi apresentada a instituição e deram a conhecer os seus princípios, após esta reunião inicial, no primeiro dia, afirmam terem sido distribuídos pelos respetivos serviços, assim como apresentados à equipa multidisciplinar, posteriormente à apresentação do serviço em si e dos profissionais de saúde que o constituem, nomeadamente o enfermeiro gestor do mesmo, que dará continuidade ao processo e “posicionará” o novo profissional no terreno para dar seguimento ao processo de integração.

Nesta fase inicial de integração, ocorreu o encontro entre o enfermeiro gestor, o enfermeiro supervisor clínico e o enfermeiro supervisionado clínico (tríade), de forma que estes se conheçam e interajam na mesma esfera, neste ponto, terão que existir já alguns pressupostos, tais como: predisposição para o processo supervisory de todas as partes, como afirma Azevedo (1996) o planeamento, liderança, organização e avaliação deste processo, conforme está descrito no Regulamento do Perfil de Competências n.º 101/2015 de 10 de março 2015, (pp. 5950-5951).

O GPr1 defende que na sua perspetiva, pode-se promover a qualidade de uma boa integração, pois poderá ser “um motivo que pode diferenciar um colega de se tornar num bom elemento... o objetivo é fidelizar e fixar bons elementos, fazer com que as pessoas olhem para o projeto como um projeto de longa duração.”, algo que é evidenciado por Bucchi e Mira (2010) em que o processo de integração de enfermeiros facilita aos novos elementos a aquisição de

habilidades e competências, através da experiência orientada na prática e de um feedback regular, e é por esse motivo que se considera muito importante a existência e implementação de uma metodologia de integração através de um programa previamente elaborado.

Na subcategoria, “Programa de Integração”: GPr1 admitiu a inexistência de um programa de integração, que atualmente se encontra em fase de elaboração e aprovação, sendo que na prática, o processo de integração, é executado e transmitido de forma informal e oral, sem grande estrutura teórica e documental associada.

Já no contexto SPu1, SPu2 e SPr2, é mencionado pelos enfermeiros gestores a existência de um programa de integração nos respectivos serviços, no entanto, no SPr2, durante a entrevista o enfermeiro gestor afirma a existência de um programa de integração no seu serviço, embora quando se contrapõem as entrevistas do enfermeiro supervisor clínico e do enfermeiro supervisionado clínico do mesmo contexto, é afirmado que a integração do novo elemento é patente no discurso informal, com informação disponibilizada oralmente e um pouco “à maneira de quem integra”, neste contexto Werther e Davis (1983), afirmam que existem vários benefícios dos programas de integração profissional, uma vez que contribuem para diminuir a sensação de isolamento, da necessidade de atenção por parte dos colegas e supervisores clínicos, onde a apreensão e ansiedade diminuem e aumenta a aquisição de segurança, bem como a diminuição de críticas e de repreensões por parte dos enfermeiros supervisores clínicos.

No contexto público (SPu1 e no SPu2), é referido pelos gestores a existência de um documento em vigor no serviço, que orienta a forma de estar do enfermeiro supervisor clínico e do enfermeiro supervisionado clínico, e mesmo após as entrevistas e a consulta dos documentos, permanece a noção de que esse documento, não corresponde às expectativas daquilo que é um programa de integração.

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

Foi destacado por GPu1 e GPu2, que há vários constrangimentos na prática de implementar processos de integração, que se classificaram como “limitações da gestão”. O (primeiro) constrangimento, é o fator tempo (mencionado por GPu1 e GPu2), estar diminuído

relativamente ao período que efetivamente é preciso para que o novo elemento se sinta integrado e esteja, efetivamente integrado, em todas as vertentes da palavra. De forma concreta e objetiva, verificou-se menor tempo disponível pelo setor público (cerca de 1 a 2 semanas), e já no setor privado, o período estipulado é maior, varia entre 2 a 4 semanas e no contexto específico do bloco operatório, pode ir até aos 9 meses (de acordo com o plano que irá vigorar em breve).

De ressaltar que, apesar do que foi mencionado anteriormente, todos os enfermeiros gestores entrevistados afirmaram que houve um ajuste e adequação do tempo, mesmo nos contextos em que teoricamente o período a ser concedido seria de apenas de cinco turnos, e nalguns dos casos o período concedido foi alargado até três semanas.

Na ótica de Chiavenato (2004), além da experiência que o enfermeiro supervisor clínico deverá deter, o fator tempo é de suma importância, na transmissão organizada da informação ao supervisor clínico, é necessário a presença destes dois fatores: o conhecimento e o tempo para que se consiga empoderar o novo elemento e conseqüentemente a sua ansiedade possa diminuir.

O (segundo) constrangimento mencionado por GPu2, é , com frequência elevada, não existir um aviso prévio sobre a chegada de um novo elemento, o que poderá comprometer o planeamento da sua integração: desde a adequada seleção de um enfermeiro supervisor clínico para o acompanhar até à existência de um momento em que há um encontro inicial e o respetivo ajuste (se necessário) da escala mensal ao período de integração, estes dois constrangimentos são mencionados por Pedroso (1996) como dois fatores que põe em causa a planificação do processo por parte do enfermeiro gestor.

Na subcategoria, “O que é que entende por ‘estar bem integrado?’”, as respostas dos enfermeiros gestores foram bastante díspares: há quem defina (GPu1) que é essencialmente o domínio da capacidade e consiga desenvolvê-lo em segurança para si e para o doente; há quem atribua (GPr2) responsabilidade deste fato ao enfermeiro supervisor clínico, pelo seu trabalho e acompanhamento durante o processo. No pensamento de GPr1, a proximidade e presença do enfermeiro supervisor clínico para com o enfermeiro supervisionado clínico, são uma mais-valia para o conhecer melhor, embora, por outro lado, Azevedo (1996) saliente que a presença contínua do enfermeiro gestor, poderá detetar alguns sentimentos menos positivos por parte do enfermeiro supervisionado clínico, tais como o stress e ansiedade, algo que não foi mencionado por nenhum entrevistado, embora atualmente esta percepção tenha sido alterada, como se irá compreender mais abaixo.

Na subcategoria material de apoio, os quatro enfermeiros gestores entrevistados, unanimemente mencionaram que nos quatro contextos (SPu1, SPu2, SPr1 e SPr2) este está

ao dispor da equipa e é possível consultar, ora em suporte papel ou em suporte digital, a documentação como os protocolos, as normas gerais e específicas de cada um deles, o que segundo Silvestre (2012) são ferramentas importantes e são identificados como um elemento que constituem uma mais-valia, e que orienta a prática ao longo da integração.

Abordando diretamente o fator tempo, categorizado como cronograma, existem diversos pontos de vista, GPu1 e GPu2 apesar de terem de obedecer ao planeamento previamente imposto por uma planificação dos enfermeiros “gestores de topo”, referem que é raro haver um elemento que consiga cumprir, aquilo que é definido sejam os cinco turnos (SPu1) ou dez turnos (SPu2), quase todos necessitam de mais tempo, o que pode ser visto na ótica de Atashi et al. (2024) como uma das barreiras à supervisão clínica, a baixa prioridade dada à supervisão clínica pelos gestores de topo.

Na realidade do contexto privado, o GPr1 acredita que se deve definir uma base e depois dar-se continuidade à integração até que a pessoa se sinta segura e confortável e neste momento adequar-se o fator tempo de forma pessoal; o GPr2 acredita que a homogeneização da equipa, aglutinando elementos mais experientes com elementos com menos experiência, é um fator importante para que elementos mais novos e naturalmente com menos experiência, se sintam mais seguros na sua prática diária quando por perto encontram elementos com mais experiência;

Perante estas realidades tão diferentes entre si, em que numa delas o fator tempo parece contado ao máximo e na outra parece não existir limite de tempo para a integração, Silvestre (2012) menciona que para o enfermeiro supervisionado clínico o tempo é um fator importante, para que este seja capaz de gerir os objetivos propostos mediante o tempo planeado, e é aqui que é desejável que o tempo seja personalizado tanto pelas suas características profissionais como pessoais. Silvestre (2012) afirma que se existir um bom trabalho relativamente à planificação, existir um manual de acolhimento bem estruturado, organizado, com objetivos específicos, o tempo de integração poderá diminuir, o que é uma vantagem para todos os envolvidos no processo.

Ao longo das entrevistas, foram identificadas várias facilidades e dificuldades por parte dos enfermeiros gestores: o GPu1 afirma que há “sempre um choque” quando se chega a um sítio novo e “a ansiedade e insegurança” são duas sensações que dominam o indivíduo, na sua perspetiva “o nível de maturidade do novo elemento” é um fator preponderante para levar a cabo um processo integrativo de qualidade. Segundo Carvalho (2016) este período de adaptação a um novo serviço ou o início da atividade profissional está associado a um conjunto de vivências, entre as quais, medo, desorientação, insegurança, ansiedade e stresse, relacionados sobretudo, com as exigências da profissão e as competências que o

indivíduo possui para fazer face às mesmas, com a escassa experiência profissional, com as novas atividades que precisam de ser desenvolvidas e com o facto de terem de trabalhar com pessoas desconhecidas.

O enfermeiro GPu2 afirma que “se o novo elemento já tem experiências profissionais anteriores... há menor preocupação relativamente à sua integração, já o contrário também é verdade... um enfermeiro recém licenciado necessita de um acompanhamento mais próximo por parte do supervisor”; o enfermeiro GPr1 afirma que em regra geral “quem já tem experiência em bloco operatório tem uma facilidade acrescida e um à-vontade diferente” e o Enfermeiro GPr2 vai ainda mais longe e afirma que além das experiências profissionais, também “os ensinamentos clínicos são de elevada importância porque vão determinar o à-vontade que têm em iniciar a carreira/percurso”, o que é corroborado por Benner (2001) no modelo descrito anteriormente, onde o enfermeiro que se encontra em processo de integração já apresenta consciência pessoal e profissional acerca de situações vivenciadas por si anteriormente é também capaz já de reconhecer alguns aspetos comuns e transversais à nova realidade, necessitando ainda assim, de ser enquadrado no contexto da prática.

A perspetiva de GPu2 e GPr1, acerca da integração é mais abrangente e para estes, respetivamente, “começa desde o local onde se vai buscar a farda, ao refeitório, e todos os outros locais da instituição” e também, “começa desde que se chega ao estacionamento, até chegar ao vestiário, tudo isto exige uma integração.”. O que, na opinião do investigador, se apresenta bastante interessante e transmite uma perspetiva mais abrangente do processo de integração, do que “simplesmente” desempenhar uma função profissional, num determinado local, por exemplo a OE (2020) assenta a perspetiva de integração como uma atividade que quando bem planificada poderá não só beneficiar o profissional, os clientes, a equipa, mas também a organização, pois potenciará uma adaptação rápida, segura, eficiente e uma prática de qualidade.

No entanto importa refletir se aquilo que se pratica em SPu2 e SPr1 coaduna com aquilo que é referido pelos seus enfermeiros gestores no seu contexto prático, ou seja, existe a noção da SCE da parte de GPu2 e GPr1, como podemos compreender, acerca do processo de integração de enfermeiros, embora na prática possa existir um “viés” naquilo que se pratica. Teoricamente estes enfermeiros gestores, apresentam uma compreensão ampla e completa do processo da necessidade da planificação, da existência de um manual de acolhimento estruturado, da necessidade de ser incluído no processo de integração e também a necessidade de surgir um enfermeiro supervisor clínico que desempenhe essa função de forma eficaz, embora na prática, através dos dados que foram obtidos nas entrevistas, de elementos de SPu2 e SPr1, os processos de integração não estão estruturados e adequados àquilo que ambos os enfermeiros gestores idealizam.

Relativamente à subcategoria assuntos organizacionais, foi unanimemente afirmado por todos os enfermeiros gestores que a responsabilidade cabia ao enfermeiro diretor, ou seja, no primeiro dia de admissão na instituição faz menção a essa abordagem e salienta os detalhes acerca da instituição e da organização onde esta se insere. O GPr2 foi o único que mencionou, que na eventualidade de se aperceber que há tópicos que não estão tão bem assimilados, regressa a essa temática para os solidificar.

Na subcategoria, “benefícios oferecidos pela instituição”, existe uma dualidade patenteada na realidade público e privada. No público, o GPu1 e GPu2, acham que as temáticas das condições laborais não são mencionadas numa fase inicial, e quem vem para o serviço “vem para desempenhar a sua função” e não aponta estes benefícios como fulcrais, embora de forma óbvia, queiram melhorar as suas condições profissionais, como o seu vínculo profissional. Por outro lado, no setor privado, o GPr1 elabora os horários do seu serviço semanalmente, e espera que a curto prazo consiga começar a publicar um horário mensal, de forma a facilitar a vida aos enfermeiros e às suas famílias.

Na vertente financeira GPr1, salienta que o facto de a avaliação de desempenho anual poder ser refletida num prémio salarial que pode ir desde 25% de um salário até um salário completo, a somar aos restantes 14 salários, já auferidos pelo profissional, algo que foi também verificado por Barreiro (2023), que afirma que no setor privado, a motivação prende-se também pelas recompensas em forma de prémio, e pela existência verificada de melhores salários.

Já GPr2 afirma que a realidade do privado, se encontra atualmente “numa fase de agregar do que numa fase de saída de colaboradores”, ou seja, na sua perspetiva já não é visto por colaboradores como um local de prestação de serviços, mas sim como um local onde se poderão fixar e cativar profissionais a construir a sua carreira.

Relativamente às estratégias implementadas ao longo do processo de integração os enfermeiros gestores destacam, a proximidade: GPr2 refere que há uma boa relação e facilidade de interação na equipa multidisciplinar, GPr1 refere que a proximidade com a equipa médica é grande; GPu2 refere que para ela é importante demonstrar presença e entajuda para com o novo elemento. De acordo com, Carlos et al. (2019) o enfermeiro supervisor clínico não está claramente a inspecionar, uma vez que a SC moderna assenta numa abordagem positiva, crítica e construtiva, enquanto a inspeção traduz um processo de crítica ‘desconstrutiva’ e de identificação de falhas, assim a supervisão clínica, tem por base uma cultura de valores, como estímulo na aprendizagem bem como coordenar e avaliar o esforço de quem aprende.

O investimento formativo, é uma vertente que GPr1 destaca como de enorme importância dando ferramentas aos seus enfermeiros para se desenvolverem e prestarem melhores cuidados, e por outro lado entenderem que este caminho é uma preocupação sua, Pires (2004) considera a formação contínua uma estratégia formativa no que respeita à atualização de conhecimentos e práticas, uma vez que favorece o acompanhamento do profissional ao longo do seu percurso, contribuindo para o desenvolvimento profissional do enfermeiro, no sentido de continuar a progredir profissionalmente. Já Soares (2004) afirma que a formação em contexto de trabalho, assume-se como uma oportunidade única de aquisição e desenvolvimento de saberes práticos.

O GPr2 destacou que o diálogo entre a equipa e a transmissão dos seus variados pontos de vista como algo importante, que O'Donovan e McAuliffe (2020) advogam que os locais de trabalho liderados por indivíduos que promovem a inclusão de uma cultura de expressão e diálogo são promotores de ambientes laborais saudáveis, este tópico foi categorizado como “opinião pessoal”.

A perspetiva de GPU2 e GPr2 encontra-se no tópico da confiança mútua, ambos partilham da opinião que se devem ter em conta os aspetos da vida pessoal da pessoa (situações académicas ou parentalidade), mantendo uma presença com companheirismo, confiança e frontalidade, Grant (2008) defende que os profissionais intrinsecamente motivados, sentem-se naturalmente atraídos para completar o seu trabalho e o esforço investido é baseado no prazer pessoal e portanto, inteiramente voluntário, autodeterminado e autónomo, nesta perspetiva, o trabalho é visto como um fim em si mesmo e não como uma forma de recompensa externa. Por sua vez, Carvalho (2016) afirma que a motivação pessoal, é um fator preponderante para o sucesso do desempenho profissional, uma vez que profissionais motivados são mais empenhados e produtivos, o que se reflete nas interações que estabelecem com a equipa multiprofissional e com os clientes.

GPU1 afirma que o acompanhamento que realiza ao processo supervisivo é através de uma conversa com o enfermeiro supervisor clínico para compreender o nível de competências que o novo elemento já domina e mesmo após se findar o momento formal de integração, mantém um acompanhamento ao novo elemento.

No último tópico, categorizado pela análise das entrevistas definido como “melhorias a implementar em processo de integração”: o tempo/duração foi aquele que foi dado mais ênfase por todos os enfermeiros gestores.

O GPr1 afirma que o ideal (no seu contexto específico) seriam 9 meses de integração, embora atualmente não se pratique. O GPU2 afirma que sem dúvida aumentaria o espaço temporal, porque torna tudo muito condensado e por outro lado também o ajustaria à pessoa, uma ideia

defendida pelo GPr1. O GPu2 que afirma que a flexibilidade é uma faceta que deve estar presente no programa de integração, a literatura defendida por Fernandes et al. (2010), considera que o tempo disponibilizado para o processo de integração do novo enfermeiro deve ter uma duração suficiente, de modo a promover a aquisição de segurança no desempenho das funções, tornando-o ativo e eficiente na prestação de cuidados, considerando-se esse tempo um ganho para o futuro da instituição/serviço. Esta opinião corrobora também a de Azevedo (1996) que entende que todos os novos elementos em integração num serviço deveriam estar em integração, em horário fixo e supranumerários, durante quatro semanas.

A preocupação de GPr1 de tornar as integrações um processo mais sólido e sério no seio da sua equipa e dentro da própria equipa multidisciplinar, transmite uma ideia de compreender o elemento dentro da equipa e não só na sua tarefa/função, corroborado por Carvalho (2016) acredita que integrar os novos enfermeiros nos objetivos e estratégias do serviço, a formalizar o plano de integração ajudará a minimizar as consequências do caos inicial do processo, fazendo aumentar a satisfação profissional e o rendimento no trabalho.

O GPr2 afirma que no seu serviço gostaria de identificar um elemento com características e competências para assegurar o “dossier” das integrações de novos elementos e que pudesse garantir o acompanhamento e definir uma estratégia de melhoria contínua, algo já defendido por Abreu (2007), que considera imprescindível a escolha de um supervisor capaz de reconhecer a importância de aceitar a função de integrar o novo elemento, com brio profissional, conhecimentos técnicos e científicos, bom desempenho profissional, boa capacidade de planeamento e uma boa relação interpessoal.

Foi sugerido pela GPu2, no final da entrevista a elaboração de uma escala de monitorização de acompanhamento do processo de integração e que fará bastante sentido, para conseguir avaliar a eficácia do processo supervisão.

Em suma, mais recentemente a OE (2023) refere que o processo de integração deverá ser singular e flexível e que deve atender à individualidade de cada enfermeiro, ou seja, deverá considerar as características pessoais e a experiência profissional prévia deste, deverá ser um processo estruturado e organizado de modo a possibilitar o desenvolvimento de competências exigidas para o exercício profissional no determinado contexto, e só deverá estar concluído quando for demonstrado pelo novo elemento que detém condições para dar resposta às solicitações que lhe são requeridas no âmbito das suas funções.

### **3.4.2. Enfermeiros supervisores clínicos**

Nos parágrafos que se sucedem vai ser descrito e analisado a perspetiva dos enfermeiros supervisores clínicos em resposta à entrevista semiestruturada que envolve vários temas

associados à integração de enfermeiros como a caracterização sociodemográfica, o conceito de integração, os benefícios oferecidos e o relacionamento e interação.

O primeiro ponto transversal à categoria de enfermeiros supervisores clínicos, neste trabalho é compreender que nenhum enfermeiro deste grupo, possui formação específica na área de SC, o que dificulta o cumprimento do 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.

Neste regulamento, é referido que o enfermeiro com funções de enfermeiro supervisor clínico deve promover e facilitar a tomada de decisão pelo enfermeiro supervisionado clínico, desenvolver com este uma comunicação interprofissional, tendo em vista a obtenção de elevados padrões de qualidade, que neste caso em concreto, nenhum dos enfermeiros supervisores clínicos, abordou esta situação o que pode revelar uma negligência associada a uma lacuna do conhecimento na área da SC, tanto no setor público como no setor privado.

Atashi et al. (2024) afirmam que existem várias razões para que a gestão do enfermeiro supervisor clínico possa ser considerada “passiva”: o primeiro é por falta de competências académicas e por não possuir conhecimento clínico na área da SC, algo que é verificado no presente estudo; posteriormente enumera também o comportamento ético do enfermeiro supervisor clínico e a sua responsabilidade com o compromisso, que é algo que não foi verificado na realidade deste estudo; já na vertente profissional a forma como é apoiado pelo seu enfermeiro gestor também podem acarretar dificuldades, por exemplo devido à quantidade de horas de cuidados que tem a seu encargo e a somar a atividade de SC.

Podemos compreender que o conceito de integração é visto, numa vertente mais de pertença ao serviço e à organização, pelos diferentes enfermeiros supervisores clínicos:

SCPu1 refere que integrar é “... pô-los mais ao corrente das rotinas da organização e dos cuidados específicos.”; SCPu2 “...para mim significa acolher, integrar dentro das rotinas e do funcionamento do serviço (...) aceitar o funcionamento e majorar todas as suas qualificações.”; SCPr1 “...significa ser capaz de dar resposta a maior parte das solicitações para o cargo que estás a desempenhar.”; SCPr2 “pressupõe um conjunto de dados que te são “passados” (...) como o intuito de te sentires mais confortável, com a organização e com as pessoas...”.

De forma transversal e contrastando com a perspetiva sobre o conceito de integração apresentada no grupo dos enfermeiros gestores, podemos perceber que há uma matriz conceptual um pouco diferente, isto é, no grupo dos enfermeiros gestores a perspetiva transmitida é mais ampla, e assenta um pouco mais na estrutura organizacional, em que existe

uma dinâmica e “um aprofundar” do sentimento de pertença, contrariamente ao grupo dos enfermeiros supervisores clínicos em que transmitem a vertente mais associada à prática, ao saber desempenhar uma função e ao conhecimento do espaço físico do serviço.

Face a este cenário, não quer dizer que a diferença de perspetiva esteja certa ou errada, mas denota-se que na ótica do investigador que as perspetivas são diferentes, algo que parece logicamente compreensível, uma vez que, os enfermeiros gestores têm a função de estruturar o programa de integração e os enfermeiros supervisores clínicos o papel de apoiarem a implementação e colocarem-no em prática. Existe a sensação de que estão a “olhar” para o mesmo fenómeno teoricamente, mas através de caleidoscópios diferentes, o que me parece interessante salientar é que, por vezes esta perspetiva é descurada na prática, pela não existência de um processo de supervisão estruturado e implementado, algo que é mencionado por França (2013).

Relativamente à existência de um programa de integração três enfermeiros supervisores clínicos (SCPu1, SCPu2 e SCPr1) responderam positivamente à pergunta e apenas um respondeu negativamente: SCPr2 “...neste momento não existe nenhum programa de integração.”, algo que é contrariado por GPr2 e SvPr2, que afirmam a existência deste.

A verdade é que em nenhum momento do contacto, esse documento foi mencionado por nenhum dos enfermeiros supervisores clínicos, o que pode ser subentendido que desconhecem o programa, não lhe atribuem importância ou o consideram desatualizado e/ou desadequado.

Relativamente à estrutura do programa de integração, as citações identificadas pelos enfermeiros supervisores clínicos do setor público, são as seguintes:

SCPu1 “...fala na organização do serviço em si, nas atividades do enfermeiro e do assistente operacional, no turno da manhã, tarde e noite... os circuitos dos resíduos hospitalares, roupa, horários de visitas e alimentação... e é basicamente isto.”;

SCPu2 “...está atualmente a ser reformulado implementando parâmetros de qualidade da Ordem dos Enfermeiros.”.

No que concerne à planificação do programa de integração as opiniões dos enfermeiros supervisores clínicos foram as seguintes:

SCPu1 “normalmente a Enfermeira Chefe, apresenta-me o elemento e transmite-me que serei eu a integrar...não existe planificação prévia.”; SCPu2 “...sou abordada pela enfermeira para saber a minha disponibilidade e definir os turnos que acompanharei o elemento...para manter uma integração consistente com a mesma linha de pensamento.”, o que está espelhado Regulamento n. 76/2018 de 30 de janeiro (2018) refere que é uma competência do enfermeiro

gestor elaborar um “plano de integração dos diferentes profissionais”, algo que não foi verificado em nenhuma das realidades.

Numa outra dinâmica, SCPr2 afirma que “...sim é sempre planejado entre gestor, supervisor e supervisionado...posteriormente é ajustado a questão do tempo.” o que vai ao encontro das diversas perspectivas de autores, como por exemplo, Butterworth e Woods (1999), que defende a importância de ter em conta requisitos para uma correta e eficaz implementação e manutenção do processo de SC, como por exemplo, estabelecimento de relações de confiança entre o enfermeiro supervisor clínico e o enfermeiro supervisionado clínico, algo que é fomentado por esta forma de estar.

A definição de um cronograma de integração ocorre da seguinte forma:

SCPu1 “É definida pelos superiores hierárquicos...varia entre 15 dias entre manhãs, tardes e noites.”, aqui podemos compreender que neste ponto há diferenças entre aquilo que GPu1 afirma na sua oratória, em que refere que serão apenas cinco turnos de integração.

SCPu2 “...são três manhãs, duas tardes e uma noite...para quem já tem experiência profissional poderá vir a ser menos... por outro lado pode vir a estender-se mais...”, o que transmite também a ideia de flexibilidade e adaptabilidade mediante o elemento e o seu desempenho.

SCPr1 “...o tempo ideal para desempenhar funções em bloco operativo será cerca de 6 meses...não quer dizer que seja aquilo que se pratica atualmente..., mas espero que possa a vir no futuro.”, vai de encontro ao que GPr1 afirma, pois está-se a formalizar o programa de integração completamente novo e que se espera implementar em breve;

SCPr2 “é definido previamente: três semanas, uma delas em cada piso...ao fim de duas semanas é feita uma avaliação para perceber se a pessoa está apta a iniciar funções sozinha.”, “...pode haver momentos mais “apertados” e não dá para estender tanto.”, o que é identificado já por outros autores como Prazeres (2024), que admite que a escassez de recursos humanos, é um dos fatores evidenciados, para justificar processos de integração curtos ou no extremo inexistentes, admitindo que sua implementação não será fácil por esse motivo e que condiciona a dotação segura no serviço.

Na ótica de Atashi et al. (2024), uma das barreiras à supervisão clínica associada ao contexto organizacional/sistémico é especificamente a escassez de recursos humanos tanto de enfermeiros supervisores clínicos, como enfermeiros supervisionados clínicos, que derivam de várias vertentes: ora porque existe descrições de funções pouco claras e objetivas que podem não tornar óbvias as funções e performances dos envolvidos; a escassez de recursos humanos tanto de enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados clínicos

também já identificado ao longo deste trabalho; e por último por, mas não menos importante, por existir uma baixa prioridade dada à supervisão clínica pelos gestores de topo.

Na categoria do material de apoio, a resposta dos enfermeiros supervisores clínicos, vai totalmente ao encontro daquilo que os enfermeiros gestores mencionaram, acerca da documentação a fornecer: todos os enfermeiros supervisores clínicos afirmam que são fornecidos manuais de acolhimento e normas, embora alguns em versão física e outras em versão digital. Autores como Oliveira (2020) dizem que o material de apoio fornecido pelas instituições aos enfermeiros em processo de integração também é referido como sendo um fator de sucesso para as instituições e para os enfermeiros em integração, uma vez que permite ao enfermeiro receber instruções básicas de trabalho necessário às funções que tem a desempenhar.

A perceção sobre a integração eficaz pode ser entendida e compreendida de diversas formas, a primeira pode ser subcategorizada como visão “uni-profissional”, que é defendida por:

SCPu1 como “...um trabalho diário de preparação para a realidade profissional.” e também no domínio da capacidade “...ser autónoma na sua realidade profissional.”;

Por sua vez, SCPr1 percebe a eficácia muito centrada no cuidado ao doente “...ser capaz de dar resposta e cuidar do utente em todos os momentos.”;

De acordo com as estratégias implementadas ao longo do processo podemos destacar a reflexão ativa defendida por SCPu2, o feedback mencionado por SCPr1 e SCPr2 e por último a subcategoria definida como compreensão onde se agrega a flexibilidade demonstrada por SCPr1 na perceção das características do enfermeiro supervisionado clínico e saber construir a sincronização com este na e em equipa.

As diferentes estratégias implementadas pelos enfermeiros supervisores clínicos, vão ao encontro do que é frisado por França (2013) devem-se utilizar estratégias a utilizar tendo em conta diversos fatores: o estágio de desenvolvimento do enfermeiro supervisionado clínico, o estágio de desenvolvimento do enfermeiro supervisor clínico, os estilos de supervisão, assim como as competências interpessoais dos enfermeiros supervisores clínicos. O mesmo autor remata ainda afirmando que a chave para uma supervisão eficaz está em compreender a diversidade de estilos de aprendizagem ou comportamentos existentes e ser capaz de os ter em conta ao planear as estratégias de ensino e de aprendizagem.

Comparativamente às melhorias a implementar que foram frisadas pelos enfermeiros supervisores clínicos, elas são consideradas bastante interessantes, há quem defenda que a “bagagem anterior” do profissional deveria ser tida em conta, para ser alocado no novo serviço, é algo que é mencionado pelo Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner e Pamela Morris (1998) onde o enfermeiro poderá ser considerado nos

quatro contextos adiantados pelo autor: como pessoa, o processo, o tempo e o seu contexto. Com o intuito que, seja possível tornar mais célere a integração, ou seja, a “pirâmide hierárquica” que aloca os enfermeiros a determinados serviços, deverá obter um conhecimento sólido e profundo do novo profissional que procura integrar na instituição, ao ponto de conseguir entender as suas mais-valias enquanto profissional e pessoa de modo a ser alocado num serviço em que esteja mais capaz de desempenhar a sua atividade profissional, algo também defendido por Santos (2023) que identifica como estratégias facilitadoras do processo de integração: ter em conta a experiência e motivações do enfermeiro em integração e alocá-lo a um ambiente clínico da sua preferência.

A sinergia destes fatores pode produzir um resultado bastante benéfico para todos os envolvidos (instituição/organização, serviço, equipa, enfermeiro gestor, enfermeiro supervisor clínico e enfermeiro supervisionado clínico), isto é, quer-se com esta afirmação dizer que, esta dinâmica pode estar implementada nas instituições estudadas, embora não haja dados para o afirmar ou negar.

A segunda melhoria sugerida, defendida por SCPu1 e SCPu2, passa por existir a priorização do serviço e do enfermeiro gestor para os processos de SC, isto é, o enfermeiro que se encontra a desempenhar funções de SC para conseguir “estar mais próximo e mais dedicado ao processo em si” deverá ter “menos horas de cuidados atribuídos durante o turno”, o que fará bastante sentido, ou seja, existindo menor carga laboral no turno, reúnem-se condições para que a eficácia do processo superviso possa ser efetivado. Esta perspetiva é corroborada por Prazeres (2024) que afirma que 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.

Como terceira melhoria, foi destacado por SCPu2, o planeamento do processo de integração com recurso a uma apresentação virtual onde o enfermeiro supervisionado clínico visiona-se todos os locais do serviço, os protocolos, as rotinas deste, seria um catalisador da vertente integrativa, atualmente aborda-se a questão da inteligência artificial em tantas áreas diferentes, que como todas as ferramentas do mundo, quando utilizada com boas intenções podemos obter resultados incríveis, utilizá-la para criar um programa com vídeos interativos, onde o enfermeiro recém-integrado no serviço pudesse “navegar” ou “caminhar” pela estrutura física do hospital e do serviço facilitando o reconhecimento de todo este espaço físico (como por exemplo, vestiários, arrumos, armazém, sala de tratamentos) facilitando a integração e o desenvolvimento profissional.

Na perspetiva de SCPr2, seria benéfico existir um guia estruturado, com o processo de integração e os momentos de avaliação, algo que já foi também identificado por alguns autores da área da SC, como por exemplo Silvestre (2012) que inclusivamente já foi mencionado neste trabalho, defende que a existência de um bom trabalho relativamente à planificação, existir um manual de acolhimento bem estruturado, organizado, com objetivos específicos, o tempo de integração poderá diminuir, o que é uma vantagem para todos os envolvidos no processo. A última melhoria referida, foi sugerida por SCPr1, a referir a questão da duração do programa, referindo que o programa pelo qual está responsável de conceber e implementar, contempla 6 meses de integração enquanto pessoa supranumerária, com diversos momentos de avaliação, o que de uma forma genérica são fatores fundamentalmente interessantes em contraste com tudo aquilo que foi dito por outros homólogos.

Consequentemente, existindo esta implementação sólida e responsável por parte não só do enfermeiro gestor, mas da sua equipa e existindo condições para dar continuidade a este processo supervisão, a medida acarreta inúmeras vantagens para a pessoa, para a relação supervisão, para o enfermeiro supervisionado clínico, para o enfermeiro supervisor clínico, para o enfermeiro gestor e para o serviço.

Em resumo, para a implementação de um programa de SC, têm de estar reunidos elementos fundamentais, como o tempo para a implementação do processo supervisão, as condições de assimilação, e os recursos humanos adequados (visando assegurar a condição de elemento supranumerário durante o período definido previamente), Oliveira (2020) corrobora, afirmando que qualquer programa deve ser flexível e adaptado às diferentes realidades, bem como cada enfermeiro que inicia o processo de integração necessita de tempos de integração diferentes, quando comparado com outros, os quais devem ser respeitados e avaliados continuamente durante o processo de integração.

Não foi abordado por nenhum supervisor clínico, mas na ótica e no caminho que estamos a escrutinar neste trabalho, faz sentido salientar a vertente que Pereira (2007) constatou que estas aprendizagens têm um cariz recíproco e refletem-se no desenvolvimento mútuo de competências ao nível da transmissão e avaliação do saber-saber, saber-ser e saber-fazer mas principalmente ao nível das competências relacionais como a capacidade de tradução da realidade envolvente, acompanhamento e avaliação do enfermeiro supervisionado clínico.

### **3.4.3. Enfermeiros supervisionados clínicos**

Nos seguintes parágrafos que sucedem vai ser descrito e analisado a perspetiva dos enfermeiros supervisionados clínicos, as subcategorias são exatamente as mesmas definidas para o grupo de enfermeiros gestores.

Na primeira categoria, o conceito de integração os enfermeiros supervisionados clínicos transmitiram várias perspectivas:

SvPu1 afirma que sobretudo [o conceito de integração] representa as rotinas do serviço e tudo o que é necessário para um bom desempenho...sejam elas ligadas às visitas, ou aos protocolos, o que de acordo com Pereira (2007) o desenvolvimento de competências ao nível da transmissão do saber-saber, saber-ser e saber-fazer.

SvPu2 tem uma perspectiva voltada mais para o espaço físico do serviço, desde a sua apresentação e especificidades; aqui SvPr1 também salienta o facto de saber onde estão alocados os materiais, nestas perspectivas enquadram-se as perspectivas mais funcionais e já centradas na operacionalização da tarefa.

Num patamar “mais acima”, SvPr2 tem uma compreensão e perspectiva mais abrangente afirma que não é só integrar-se no local de trabalho, mas também na sua vida profissional, uma vez que foi a sua primeira experiência profissional; SvPr1 pensa que não é só integrar-se no serviço em si, mas também na instituição e nos métodos da organização.

Perante estas duas perspectivas de enfermeiros iniciados Benner (2001), podemos perceber que há uma consciência mais abrangente da parte de alguns supervisionados clínicos, em que existe a dificuldade em saber diferenciar os aspetos relevantes dos menos relevantes, e a dificuldade em transpor para a prática a teoria previamente adquirida. É proeminente dar a conhecer ao enfermeiro iniciado as normas e princípios do serviço, auxiliando-o, como homogeneizar o profissional com elementos de nível superior e como isto, conduz à aquisição de experiências práticas para desenvolver as suas competências, assim desta forma, a perspectiva de alguns dos enfermeiros supervisionados clínicos é direcionada para o “saber-fazer” ou para o “saber-onde”, como refere SvPu1 e SvPu2.

No setor privado, nas palavras de SvPr1 e SvPr2, é atribuído um sentido “mais profundo” do real significado da palavra integrar, onde se procura integrar em equipa e na organização. O exemplo de Santos (2023), relata muito bem esta situação, afirmando que todas as partes interessadas da organização, nomeadamente enfermeiros gestores de topo, enfermeiros gestores e enfermeiros seniores, devem mobilizar estratégias que contribuam para a promoção de relações de trabalho saudáveis e trabalho em equipa eficaz, que complementem os valores centrais da enfermagem e dos cuidados.

Na subcategoria programa de integração há várias posições tomadas: SvPu2 e SvPr2 afirmam que no seu serviço existe um programa de integração, por sua vez SvPu1 e SvPr1 afirmam que não existe um programa de integração.

Nesta temática SvPu2, foi o único enfermeiro supervisionado clínico, a mencionar estrutura no plano de integração e refere que lhe foi fornecido logo no primeiro dia o programa, e este se

encontra dividido em etapas e apresentando a descrição da infraestrutura, o planeamento dos serviços informáticos, os recursos humanos, o serviço de lavandaria... contemplando ainda a apresentação genérica de todo o serviço, os espaços e as salas que o compõem.

Estas declarações por parte dos enfermeiros supervisionados clínicos, causam algumas inconformidades com dados recolhidos noutras entrevistas, por exemplo:

Em SPu1, o GPu1 e SCPu1 afirmam que existe um programa de integração, enquanto o SvPu1 nega a sua existência. No SPu2, o GPu2 e SvPu2 afirmam que existe um programa de integração, enquanto SCPu2 afirma o contrário.

Em SPr1 todos os envolvidos afirmam e frisam o fato de o programa não existir e estar atualmente em reformulação para futura implementação. Por último, em SPr2, o GPr e SvPr2 afirmam que o programa de integração existe, embora SCPr2 afirma que o referido programa não existe. A conclusão que se poderá inferir é que aquilo que é definido pela OE (2023) relativamente ao processo de integração estruturado e organizado não parece estar clarividente para todos os envolvidos.

De acordo com Carvalho (2016), os programas de integração devem auxiliar a que o novo enfermeiro seja aceite pelo serviço, mais especificamente pela equipa de enfermagem, o mais rapidamente possível e uma integração bem planeada beneficiará não só a organização e o novo elemento, mas também, e conseqüentemente, os clientes, uma vez que permitirá uma adaptação rápida, segura e mais eficiente, e uma prática mais competente.

Podemos transmitir esta ideia com uma metáfora que se figura da seguinte forma: o manual de integração que surge como o “mapa da jornada”, o programa de integração que se apresenta como a “bússola” e por fim o plano de integração surge como o “roteiro.”

O manual de integração serve como um “guia” fundamental, fornecendo aos novos enfermeiros informações cruciais sobre a instituição, as suas políticas e os procedimentos, é o “mapa” que os orienta, ajudando-os a compreender a cultura organizacional e a sua função dentro dela, o documento deve ser claro, conciso e acessível, abordando tópicos como a história e os valores da instituição, a estrutura organizacional, os protocolos clínicos, os sistemas de informação e as políticas de segurança.

O programa de integração complementa o manual, oferecendo uma orientação prática e estruturada, é a “bússola” que guia os novos enfermeiros nos seus primeiros passos, através de atividades como sessões de formação, visitas guiadas, acompanhamento por parte dos enfermeiros supervisores clínicos em que o objetivo é familiarizá-los com as suas responsabilidades, colegas e o ambiente de trabalho, promovendo a sua adaptação e confiança.

No entanto, como cada pessoa, e conforme afirma a OE (2023) cada enfermeiro é singular e único, com as suas próprias necessidades e experiências, é aqui que entra o plano de integração individual, um “roteiro personalizado” que define objetivos específicos, cronograma e atividades de desenvolvimento, adaptados ao perfil de cada profissional, este plano deve ser elaborado em conjunto com o enfermeiro gestor e o enfermeiro supervisor clínico, levando em consideração as suas competências, áreas de interesse e as suas necessidades de formativas.

O manual fornece a base teórica, o programa oferece a orientação prática e o plano individual garante a personalização, a relação entre estas três componentes é sinérgica e em conformidade entre elas, criam um processo de integração completo e eficaz, que promove a adaptação e o desenvolvimento dos enfermeiros, no determinado contexto.

A implementação de um sistema de integração bem estruturado traz inúmeros benefícios, tanto para os enfermeiros quanto para as instituições de saúde, e diretamente para os enfermeiros, uma vez que reduz o stress da transição, aumenta a sua confiança e satisfação, e promove o seu desenvolvimento profissional, por último para as instituições, melhora a qualidade dos cuidados, reduz a rotatividade de pessoal e aumenta a eficiência.

Em suma, a integração de enfermeiros é um investimento fundamental para o sucesso dos profissionais e das instituições de saúde, ao utilizar o manual, o programa e o plano individual de forma integrada, é possível criar um ambiente acolhedor e de apoio, que promove a adaptação, o desenvolvimento e a retenção de enfermeiros qualificados, garantindo a prestação de cuidados de saúde de excelência.

Meleis (2012) define transição como, uma passagem de um estado estável para outro estado estável, um processo caracterizado por uma mudança, as transições são compostas por diferentes etapas dinâmicas e pontos de viragem, e também já se sabe que a extensão e a intensidade desta influência transacional variam ao longo do tempo, afetando de forma diferente os indivíduos que experienciam um mesmo evento.

Enquanto investigador, foi-me possível perceber que existem “desvios” conceptuais percebidos no grupo dos enfermeiros supervisionados clínicos, acerca do que é um plano de integração e um programa de integração, desta forma e de acordo com Carvalho (2016) clarifica bastante bem as diferenças de ambos.

Para Carvalho (2016) o plano de integração entende-se que seja disponibilizado aos enfermeiros recém-admitidos, um manual de integração, através do qual os profissionais recebem a instrução básica de trabalho necessário às funções que tem a desempenhar, as suas relações com os outros funcionários e com os seus superiores, bem como encontrarem os caminhos necessários para o seu desenvolvimento no serviço/contexto.

Por sua vez o programa de integração ao serviço deve levar em linha de conta os traços específicos como: a organização da unidade; o tipo de doentes que servem; a metodologia científica usada na prestação de cuidados de enfermagem; reuniões de serviço; funções dos enfermeiros na unidade; contemple o programa utilizado para os registos; os protocolos que vigoram e estão definidos para orientarem a prática clínica; avaliação de desempenho no serviço; responsabilidades de formação em serviço e as relações interpessoais (Carvalho, 2016).

Relativamente à duração do mesmo, SvPu1 afirma que foram definidos quinze dias repartidos entre quatro manhãs, quatro tardes e uma noite; SvPu2 diz que foram definidas quatro manhãs, duas tardes e uma noite...e haveria um ajusta mediante o feedback obtido; SvPr1 ao fim de uma semana de integração já passei a assumir o turno; SvPr2 teve duas semanas de integração, maioritariamente manhãs.

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

Embora Pires e Araújo (2016) afirmem que no setor público, onde existem modelos mais padronizados e institucionalizados o tempo médio tende a situar-se entre 6 a 9 meses, com momentos formais de avaliação e acompanhamento. No setor privado, Martins e Fernandes (2012), afirmam que o período de integração pode ser mais curto sobretudo quando existem pressões organizacionais associadas à produtividade, embora tal processo possa comprometer a segurança e qualidade dos cuidados.

Relativamente às estratégias definidas pelo SvPr1, este refere que a atribuição de um enfermeiro supervisor era definida diariamente e que não havia planificação, resultando numa integração conduzida por vários enfermeiro supervisores clínicos; SvPr2 relata uma experiência semelhante em que foram distribuídos vários supervisores clínicos, e os colegas foram explicando as situações diariamente, e que segundo esta, há sempre algo positivo a entender dessa situação, nomeadamente a inclusão das diferentes perspetivas que cada enfermeiro supervisor clínico, assim, podemos inferir que a estratégia e descrita por SvPr1 e SvPr2 não coaduna com aquilo que a evidência científica propõe.

De acordo com Fernandes et al. (2010), este considera primordial que o enfermeiro gestor planeie e oriente o processo de integração dos enfermeiros, devendo ser identificado um

enfermeiro a designar por si para desempenho do papel de supervisão. Abreu (2007) também considera imprescindível a escolha de um enfermeiro supervisor clínico capaz de reconhecer a importância de aceitar a função de integrar o novo elemento, tenha brio profissional, conhecimentos técnicos e científicos, bom desempenho profissional, boa capacidade de planeamento e uma boa relação interpessoal.

No subtópico definido como sensações: SvPr1 afirma que o tempo foi menor do que aquilo que esperava; por outro lado, SvPr2 afirma que a duração do tempo de integração forneceu bases para conseguir assumir as suas responsabilidades autonomamente e que sem qualquer dúvida, se não se encontrasse preparada a sua enfermeira gestora não lhe concederia mais tempo;

SvPr1 afirma que a fase em que foi integrada faltavam elementos no serviço e houve necessidade de se assumir como um elemento, e por esse motivo a sua integração foi encurtada, o que de acordo com Baumann (2007), coloca em risco não só a saúde dos próprios profissionais, mas também a prestação de cuidados aos clientes, aumentando o risco clínico e a ocorrência de erros.

Na vertente da planificação pela tríade enfermeiro gestor, enfermeiro supervisor clínico e enfermeiro supervisionado clínico, a opinião é unânime: não existiu este ponto, tudo já estava previamente predefinido e não foi discutido (SvPu2); não houve uma reunião prévia e foi logo atribuído um tutor ao longo do período de integração (SvPu1);

Carvalho (2016) afirma que a planificação e organização do processo de integração, é um aspeto relevante, visto que este se deve desenvolver por fases, para facilitar o seu desenvolvimento e dinâmica, assim como, estimular o interesse e entusiasmo iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade da prestação de cuidados.

Relativamente à metodologia a perspetiva foi, à exceção de SvPu1 e SvPr2: foi definido um elemento e foi definido que esse elemento seria o único elemento a acompanhar ao longo do período (SvPu2); SvPr2 afirma que ao longo do tempo, a enfermeira gestora ia questionando diretamente como estavam a correr as coisas, de modo a perceber as nossas expectativas e se nos estamos a integrar bem; SvPr1 com uma experiência de integração mais encurtada por contingências do serviço, afirma que já após iniciar funções profissionalmente, existiu o cuidado por parte do GPr1, de ter alguém mais experiente na sala e que também assumiu funções em contextos mais simples e progressivamente foi evoluindo a complexidade destes.

Desta informação providenciada por SvPr2, podemos compreender que apesar de o papel do enfermeiro supervisor clínico assentar não só no desenvolvimento de atividades no domínio do supervisionar, ensinar, instruir, treinar, aconselhar e avaliar, mas também passa pelo apoio e suporte (San Miguel, 2009) e como também mencionado anteriormente no Decreto-Lei n.º

247/2009 de 22 de setembro (2009), Capítulo III, Artigo 10º, referindo-se ao conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor, que o sucesso do processo supervisivo é da responsabilidade deste.

Pode-se denotar um contraste entre aquilo que a evidência científica afirma e o que acontece nas realidades deste estudo (SPu1, SPu2, SPr1 e SPr2) onde se verifica uma abordagem deficiente na avaliação do processo supervisivo. A idealização, planeamento e implementação do processo de integração no seu serviço é inteiramente responsabilidade do enfermeiro gestor, após a sua implementação é impreterível verificar a sua operacionalidade e eficácia, por outras palavras, é igualmente da sua responsabilidade avaliar os diversos resultados e processos supervisivos e também o seu impacto como avança Nicklin (1997).

Pires (2019) vai ainda mais longe e no seu trabalho identifica aquilo que chama como “filosofia de supervisão” especialmente a forma como esta surge na sua realidade com uma forte carência, ou seja, foi identificado pela autora que na realidade em que se debruçou existia “carência de uma filosofia de supervisão”, uma vez que a SC que se pratica é uma supervisão informal e a cultura desta pode ser considerada “punitiva e incipiente”.

Pires (2019) adianta que foi identificado pela população do seu estudo que, a informação que seria transmitida de um carácter formal, na medida em que não obedeciam a nenhum programa, planeamento, sistematicidade ou formalidade, que é algo que também pode ser identificado na realidade desta investigação.

De acordo com a mesma autora, Pires (2019), na literatura o conjunto de itens transversais à SC são: a sua finalidade, os seus objetivos, o seu âmbito, a sua fundamentação/background, os papéis, as responsabilidades, formação e treino em SC, os resultados, o contrato de SC, a documentação/registos da SC, a confidencialidade, a auditoria e a respetiva avaliação. São definidas linhas orientadoras para a construção de um programa supervisivo com estrutura, com propósito e que possa tornar-se efetivo e eficaz.

Na mesma linha de pensamento, tendo em conta as limitações ligadas ao enfermeiro supervisor clínico, ao enfermeiro supervisionado clínico e à instituição que os integra, torna-se essencial que as práticas supervisivas sejam moldadas aos contextos e à própria cultura institucional, para o sucesso do processo de supervisão (Carvalho, 2019).

Na categoria material de apoio, foram identificadas duas subcategorias: a plataforma digital e documentação. SvPu1 e SvPu2 mencionaram que lhe foram fornecidos documentos e que uma outra panóplia de documentação inerentes se encontraria disponível para consulta nos respetivos serviços; por sua vez SvPr1e SvPr2 mencionaram uma plataforma digital que existe na instituição, que pode ser consultada.

Relativamente à percepção sobre integração eficaz nesta categoria existem várias subcategorias, a primeira evidenciada por SvPu1 e SvPu2, que se afirma por domínio na capacidade SvPu1 afirma o dominar na base das rotinas, SvPu2 afirma que é assumir o turno e os cuidados aos utentes.

Nesta categoria podemos compreender que há subcategorias que são muito próprias e divergem dos outros dois grupos anteriores. Assim a primeira subcategoria, o domínio da capacidade é salientado por dois elementos:

“...quando já consigo desenvolver um turno normal e domino o base das rotinas...” SvPu1;  
“...adquirir ferramentas para que no dia em que a integração terminar estar capaz de assumir o turno e os cuidados aos meus utentes.” SvPu2;

Há quem reconheça que “...não tenho problema em questionar um colega mais velho...” SvPu1, foi aglutinado na categoria da humildade intelectual.

A satisfação também foi identificada pela seguinte citação: “...para mim estar bem integrada, tenho de sentir que estou confortável em qualquer situação...saber dar resposta a uma situação diferenciada...” SvPr1.

Salientam o papel da equipa que “devido à sua jovialidade e abertura, foi bastante fácil integrar-me...”, “a parte facilitadora foi a equipa...a equipa e a chefe são dois alicerces que me fazem continuar...” SvPr2.

Por último, a visão multidisciplinar também foi mencionada por SvPr2 “...além de estar bem integrado na instituição é também estar bem integrado na equipa...trabalhar dentro da equipa”.

É nesta categoria que se afirma e se expõe algo que se vem entendido ao longo das entrevistas, ao longo da “hierarquia” que existe nas categorias de enfermeiros, o conceito de integração vai se difundido da seguinte forma: no topo na ótica dos enfermeiros gestores o processo de SC é algo que se encontra mais estruturado e organizativo e podemos classificá-lo como o ponto de vista estratégico.

Na ótica dos enfermeiros supervisores clínicos, imprime-se um carácter mais tático da questão, ou seja, é compreendido o processo que é demandado pela gestão e nesse momento procura-se dar resposta no âmbito da sua planificação e prática e em colocar no “terreno” todas as características da estratégia.

Na ótica do enfermeiro supervisionado clínico, busca-se operacionalizar tudo aquilo que de forma tática e forma estratégica foi concebido pelos dois “níveis” hierarquicamente superiores, dando resposta prática aquilo que se procura responder com a implementação do processo supervisão.

Ao longo da “pirâmide” descrita, conseguimos compreender aquilo que Bucchi e Mira (2010) afirmam acerca das instituições de saúde, e que estas devem contemplar políticas organizacionais, programas de integração orientados para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros, cuja operacionalização contemple o acompanhamento das práticas clínicas dos mesmos por um grupo de peritos – os enfermeiros supervisores clínicos. Posto isto, e em contraste com o que a autora menciona, podemos concluir que na realidade aqui descrita, a SCE é uma temática que não é dado grande ênfase na realidade espelhada nesta investigação, em que nenhum dos envolvidos salienta os itens identificados como perentórios por Pires (2019).

Comparativamente ao acompanhamento ao longo do seu processo de integração, afirmam que o enfermeiro gestor de forma esporádica, apenas questiona de forma direta como se está a desenrolar o processo supervisivo. Na perspetiva do enfermeiro supervisionado clínico, não há menção à existência do cuidado do enfermeiro supervisor clínico de questionar o processo, de avaliar a efetividade do seu acompanhamento e a efetividade da aprendizagem do enfermeiro supervisionado clínico.

De acordo com a evidência científica na área, é necessário promover melhorias neste âmbito. O enfermeiro gestor deve assumir um papel mais próximo do enfermeiro supervisor clínico e do enfermeiro supervisionado, favorecendo a cooperação ao longo do processo e assegurando uma avaliação contínua e próxima. Importa salientar que essa avaliação deve incidir sobre todos os intervenientes do processo: o enfermeiro supervisor clínico, o enfermeiro supervisionado clínico, o programa de integração, o ambiente supervisivo e a equipa.

A implementação de práticas de supervisão dentro das organizações, e garantir que ela permaneça sustentável a longo prazo, são anteposições que devem ser consideradas, pois as estratégias para garantir que isso aconteça incluem o apoio ativo dos quadros de gestão/governança clínica e o desenvolvimento de uma política de supervisão congruente com a ecologia organizacional, sendo da responsabilidade de todas as partes envolvidas a implementação e envolvimento na mesma (Pires, 2019).

Na subcategoria facilidades e dificuldades, foram contemplados diversos fatores que influenciaram a integração, alguns de caráter negativo e outros de caráter positivo:

A multiplicidade de enfermeiros supervisores clínicos, para SvPu1 “o facto de ter tido vários colegas a integrar-me”, algo já identificado anteriormente como um ponto menos positivo;

A existência de vários protocolos médicos, para SvPr2 foi “a minha maior dificuldade é a relação com a equipa médica, porque existem diversos protocolos para cada equipa, a mesma cirurgia, mas diferentes modos de atuar...”

Relativamente aos sentimentos vivenciados: “...no início algum nervosismo e ansiedade...” SvPu1; “O primeiro dia é sempre menos confortável..., mas à medida que o tempo vai passando um sentimento de maior à-vontade.” SvPu2; “Acho que ansiedade foi o sentimento que mais vivenciei...de um modo geral sinto-me feliz e segura” SvPr1; “Eu venho feliz para o trabalho.” SvPr2.

Já na vertente mais positiva podemos salientar, a estrutura do programa por parte de SvPu2 (o único serviço onde foi verificado por todos os envolvidos a existência de um programa de integração), “de todas as integrações a que fui submetido, penso que esta será a mais organizada e completa, onde pela primeira vez me foi fornecido o plano de integração e houve uma discussão com a enfermeira gestora.”

Para SvPr1 as metas e objetivos, ficaram claros desde o início do percurso onde lhe “foi dado a conhecer o que se pretendia de mim e da minha função.”, apesar de não existir um documento que estructure os objetivos e as metas a alcançar, pode-se considerar que o trabalho desenvolvido pode ter “dado frutos”, porque ficou claro para esta enfermeira o que se pretendia dela e da sua função;

Para SvPu2, “capacidade de comunicar e transmitir feedback da enfermeira...que me vai dando uma ideia mais abrangente da tarefa/função.”, ao recorrer a esta estratégia o supervisor, implementa um método que segundo França (2013) deve existir uma avaliação regular da orientação e o enfermeiro supervisionado clínico deve ter conhecimento acerca da qualidade do seu desempenho de forma a colmatar falhas e desenvolver competências.

Na presente categoria, denominada assuntos organizacionais, há quem afirma que a transmissão dessa informação ficou a cargo do enfermeiro gestor: “...foi-me dado a conhecer no primeiro dia, pela enfermeira gestora.” SvPu2; “Sim foi me dado a conhecer a estrutura física.” SvPr2.

Por outro lado, há quem já tivesse conhecimento prévio: “...já tinha trabalhado nesta instituição.” SvPu1; “já tinha alguma noção como já tinha estado no internamento...” SvPr1.

Na subcategoria, benefícios oferecidos pela instituição, que foi verificada como a subcategoria que mais disparidade acarreta entre o público e o privado, foram definidas as seguintes subcategorias:

A proximidade com domicílio, evidenciada por SvPu1 e SvPu2, embora este seja um elemento que se acredite não seja algo diretamente controlado ou “oferecido” pela instituição, por uma ótica organizativa, optou-se por aglutinar nesta secção.

Relativamente ao horário de trabalho, foi uma perspetiva apenas mencionada por SvPr1 e SvPr2 (ambos do setor privado), enquanto SvPu1 e SvPu2 não conduziram esta temática na

sua entrevista. Ela foi identificada por SvPr1, afirmando que organizar a sua vida profissional e pessoal em horários semanais não é um entrave para a sua realidade, algo que é completamente contrastado pelo setor público, onde o horário/escala é efetivado mensalmente. Já SvPr2, busca uma perspectiva diferente, afirma que trabalhar por turnos de 12h, 40h semanais, consegue rentabilizar os seus descansos semanais, na sua perspectiva é uma vantagem.

No que concerne à subcategoria às condições laborais:

SvPu2 afirma que na sua perspectiva, "...já auferia das condições contratuais que estou a auferir aqui."; SvPr1 reitera que "... em dias mais sobrecarregados e que saímos mais tarde, tenho sentido recompensa nos descansos."; SvPr2 perspectiva uma vantagem que advém destas condições, como "... o protocolo de colaborador, realizar exames e consultas, através de um seguro que nos cobre.", algo também identificado por Barreiro (2023), afirma que existe maior motivação no setor privado pelo tipo de benefícios que são providenciados pela entidade patronal.

Relativamente ao salário, na ótica de investigador notou-se que existiu um "tabu" ao abordar esta temática, apenas fica aqui uma perspectiva de SvPr2 que afirma, de forma parca, que "a nível salarial não encontro grande benefício.", embora Maia (2012) afirme que umas das principais conclusões do seu estudo é que os enfermeiros do setor privado estão mais satisfeitos que os enfermeiros do setor público, relativamente à periodicidade dos aumentos salariais, por sua vez Barreiro (2023) também encontrou alguma resistência na abordagem da temática salarial, pode-se inferir que é uma questão complexa e variável e que pode depender da instituição e da localização geográfica.

Na categoria, estratégias implementadas, foram destacadas:

A personalidade "acho que essa questão tem a ver com a forma de estar da pessoa, aberta a novos desafios..." SvPu1;

A personalização/adequação "...o principal é a adequação do plano de integração à pessoa..." SvPu1, também um aspeto já destacado neste capítulo por autores;

A confiança mútua de "...quando nos sintonizamos com a equipa e temos a possibilidade de ser ouvidos, isto é importante." SvPu1;

A importância do acompanhamento porque "...[integrar] é algo que requer uma avaliação bastante próxima..." SvPu1;

O planeamento "...um enfermeiro novo que chega a um serviço, tem de haver um levantamento de informações acerca dessa pessoa e profissional...a sua 'bagagem' profissional e como isso poderá afetar o seu desempenho." SvPu1;

“é fundamental, ainda que possa ser flexível...ter noção do tempo e dos objetivos.” SvPu2.

São algumas das características que são defendidas por Pollock (2017) acerca das características que um enfermeiro supervisor clínico deve ser detentor: como competências de comunicação; disponibilidade, interesse e compromisso com a atividade supervisiva; versatilidade incorporando várias alternativas a um modelo de supervisão e permite a personalização a diferentes configurações e profissionais individualmente.

Assim, desta categoria podemos concluir, que a categoria dos enfermeiros supervisionados clínicos também apresenta conhecimento sobre a essência da SC, que suplanta a operacionalização que foi descrita anteriormente, o que se revela um ponto bastante positivo.

Na perspetiva, das melhorias a implementar nos processos de integração, os enfermeiros supervisionados clínicos, manifestaram-se da seguinte forma:

A perspetiva do tempo/duração, foi mencionado por todos eles:

“...deve ser personalizado...” SvPu1; “...penso que o tempo é adequado.” SvPu2; “...o tempo é uma parte crucial...” SvPr1; “o tempo podia ser um pouco superior...” SvPr2.

De forma geral, todos eles destacam a importância do tempo/duração da integração como um elemento central num processo de integração que pode impactar diretamente com o sucesso deste.

Uma vertente que também já foi identificada como ser necessária, é a sua adaptabilidade à realidade supervisiva identificada, ou seja, adequar o plano supervisivo à realidade que se pratica naquele contexto, que é deveras importante.

Foi salientado por SvPu2, a importância de haver uma pessoa de referência, como enfermeiro supervisor clínico: “...termos alguém de ‘back-up’ que nos possa dar orientação caso haja necessidade.”.

É um parecer interessante e pertinente, embora exista e de forma amplamente conhecida no campo da SCE, e conhecida como uma estratégia importante e já praticada por enfermeiros gestores, o cuidado de adequação das escalas de trabalho dos enfermeiros, de forma a homogeneizar elementos mais experientes com elementos menos experientes de forma que haja maior segurança dos envolvidos.

Na ótica de SvPr1, deveria existir uma progressividade: “...só depois de bem consolidado o processo é que devíamos iniciar outras funções.”.

Na ótica de Atashi et al. (2024), existem algumas barreiras associadas ao contexto organizacional/sistémico que derivam de várias vertentes: ora porque existe descrições de

funções pouco claras e objetivas que podem não tornar óbvias as funções e performances pobres dos envolvidos na supervisão clínica.

É também um parecer simples de compreender, só depois de solidificados alguns pontos centrais da realidade da aprendizagem, é que se poderá dar continuidade e “aumentar” a complexidade de situações a que se submete o enfermeiro supervisionado clínico, algo que também já foi frisado e amplamente justificado ao longo deste trabalho, é um pressuposto considerado inerente e transversal à lógica da SCE, onde deverá existir um papel avaliativo que possa cimentar patamares anteriores de forma a prosseguir no processo de aprendizagem.

### 3.5. COMPARAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO SETOR PÚBLICO E PRIVADO

Com a conceção deste subcapítulo procura-se, de forma sumária, selecionar todas as dimensões mais importantes identificadas ao longo de toda a discussão do trabalho, alocando em cada uma um conjunto de palavras ou expressões mencionadas ou proferidas por enfermeiros que participaram no presente estudo.

Parece também de suma importância realçar vários fatos acerca da integração de enfermeiros, quer seja no setor público ou no setor privado, os processos de integração têm o mesmo objetivo, ou seja, capacitar o novo profissional de enfermagem para desenvolver profissionalmente a sua atividade num determinado contexto de forma segura para si, para os outros e para o ambiente clínico. Uma vez que o objetivo das integrações é comum aos dois setores, será fundamental desmistificar que os referidos setores podem não se encontrar de forma oposta ou contrária acerca de uma determinada temática.

Posto isto, surge o presente capítulo e explanado na Tabela 6, que procura de forma positiva continuar a contribuir para a construção de uma matriz supervisiva na área da enfermagem, selecionando cuidadosamente os pontos de vista mais importantes referidos ao longo do trabalho em cada uma das dimensões, para que com base nestes se possa continuar a caminhar na área da SCE.

**Tabela 6**

*Dimensões das percepções dos participantes no estudo*

Dimensão	Instituição de saúde pública		Instituição de saúde privada	
	Gpu1	Ajustamento recíproco do indivíduo à instituição e organização; Avaliação	GPr1	Integração abrangente/ aspetos para além do serviço; um

Conceito de integração		prévia do novo enfermeiro para adequar o processo;		processo que “nunca acaba” na busca do melhor desempenho;
	GPu2	Integração abrangente/ aspetos para além do serviço;	SCPr1	Dar resposta à maior parte das solicitações;
	SCPu1	Rotinas e cuidados específicos;	SCPr2	Conjunto de dados que são transmitidos para te sentires confortável com as pessoas e a organização;
	SCPu2	Acolher e integrar dentro das rotinas e funcionamento do serviço;	SvPr1	Integração não só no serviço, mas também na equipa;
	SvPu1	Rotinas e protocolos do serviço;	SvPr2	Integração na equipa e integração na vida profissional;
	SvPu2	Espaço físico do serviço;		
Programa de integração	GPu1	Afirma a existência de um programa de integração;	GPr1	Encontra-se em fase de elaboração;
	GPu2	Afirma a existência de um programa de integração em reformulação;	GPr2	Refere a existência do programa;
	SCPu1	Afirma a existência de um guia orientador que informa sobre a organização do serviço;	SCPr1	Refere que o programa está a ser elaborado para futura implementação;
	SCPu2	Atualmente encontra-se a ser reformulado;	SCPr2	Refere a não existência do programa de integração, é formal, “à maneira de quem integra”;
	SvPu1	Refere a não existência do programa de integração;	SvPr1	Refere a não existência do programa de integração;
	SvPu2	Descreve a infraestrutura do serviço e instituição;	SvPr2	Refere a existência do programa de integração;
Planeament o da integração	GPu1	Obedecer a um período de integração pré-estabelecido;	GPr1	Procuro um elemento mais sénior;
	GPu2	Falta de aviso prévio da vinda de um novo enfermeiro; recebo o elemento, gosto de perceber as expetativas e vou acompanhando;	GPr2	Agregar elementos mais e menos experientes; seleciono um tutor;
	SCPu1	Não há planificação prévia, é informada pela Enf. gestora sobre o novo elemento;	SCPr2	Existe planificação entre os três enfermeiros: gestor, supervisor e supervisionado;
	SCPu2	É solicitada a sua disponibilidade para acompanhar o novo elemento;	SvPr2	Selecionados vários enfermeiros supervisores clínicos;
	SvPu1 e SvPu2	Não houve planificação entre os três enfermeiros: gestor, supervisor e supervisionado;	SvPr1 e SvPr2	Não houve planificação entre os três enfermeiros: gestor, supervisor e supervisionado;
Duração do Programa de integração	GPu1	Tempo de integração insuficiente; Fator tempo como uma inevitabilidade, é raro atingir o objetivo dos gestores de topo;	GPr1	Há pessoas que podem requerer mais tempo;
	GPu2	Tempo de integração insuficiente; Fator tempo como uma inevitabilidade, é raro atingir o objetivo dos gestores de topo;	GPr2	O fator tempo é pessoal e deve ser adequado;
	SCPu1	Duração de 15 dias, em contexto de <i>roulement</i> ;	SCPr1	O ideal seriam 6 meses [no contexto específico], embora não se pratique ainda atualmente;

	SCPu2	São 3 manhãs, 2 tardes e 1 noite, pode vir a adaptar-se se necessário;	SCPr2	Duração de três semanas, com uma avaliação ao final da segunda semana;
	SvPu1	Foram 15 dias: quatro manhãs, três tardes e uma noite;	SvPr1	Duração de uma semana;
	SvPu2	Foram 4 manhãs, duas tardes e uma noite;	SvPr2	Duração de duas semanas;
Integração de "qualidade"	GPu1	Domínio da capacidade e desenvolver-se em segurança para si e para o utente;	GPr1	Integração eficaz fideliza bons elementos;
	SCPu1	Autonomia na realidade profissional;	GPr2	Proximidade e presença do supervisor clínico;
	SvPu1	Domínio da base das rotinas;	SCPr1	Cuidar do utente em todos os momentos;
	SvPu2	Adquirir ferramentas para assumir o turno autonomamente;	SvPr1	Confortável em qualquer situação;
Benefícios oferecidos	GPu1	Um tema habitualmente não abordado;	GPr1	Prémio anual mediante avaliação de desempenho;
	GPu2	Horário de 35h/semanais; procuram segurança no vínculo e melhorar condições contratuais;		
	SvPu1 e SvPu2	Proximidade com o domicílio;	SvPr2	Protocolo colaborador que engloba um seguro de saúde; Turnos de 12 horas, o que favorece mais descansos;
Facilitadores da integração	GPu1	Maturidade do novo elemento;	GPr1	Possuir experiências profissionais anteriores;
	GPu2	Possuir experiências profissionais anteriores;	GPr2	Importância dos contextos dos ensinamentos clínicos;
	SvPu1	Experiência anterior na instituição;	SvPr1	A presença de elementos mais velhos no contexto; Transmissão adequada dos objetivos e expectativas para o seu desempenho;
	SvPu2	A estrutura do programa de integração; A capacidade de comunicação da enfermeira supervisora;	SvPr2	Feedback diário da enfermeira gestora; A equipa onde se integrou;
Dificultadores da integração	GPu1	"Choque" de uma nova realidade; Ansiedade e insegurança	SvPr1	Menos tempo do que esperado;
	GPu2	Obedecer a um período de integração pré-estabelecido	SvPr2	O elevado número de protocolos médicos;
	SvPu1	Multiplicidade supervisores clínicos;		
Sugestões de melhoria	GPu2	Aumentaria o horizonte temporal e incluir adaptabilidade ao processo; Escala de monitorização da integração;	GPr1	Adicionar a condição de elemento supranumerário durante o período de integração; Consolidar o processo na e dentro da equipa;
			GPr2	Nomear um elemento supervisor clínico no serviço;

SCPu1 e SCPu2	Atribuir menos horas de cuidados a quem desempenha funções supervisivas;	SCPr1	Aumentaria o tempo para 6 meses e como elemento supranumerário;
SCPu2	Implementar um programa virtual que fornecesse uma “visita-guiada” ao serviço;	SCPr2	Elaboração de um documento com guidelines, que orientem o processo de integração e com momentos avaliativos;
SvPu1	O tempo deverá ser ajustado; Ter em conta as experiências profissionais anteriores;	SvPr1	Um período de avaliação da consolidação da integração;
SvPu2	A presença de um enfermeiro de “back-up” após o período de integração.	SvPr2	Possibilidade de aumentar o horizonte temporal;

No que diz respeito à dimensão processo/conceito de integração, os enfermeiros gestores apresentam visões semelhantes acerca daquilo que pretendem, inclusivamente GPu2 e GPr1 transmitem uma ideia abrangente da mesma e acreditam que esta “vai além do serviço”, ou seja, não significa estar só integrado no serviço propriamente dito, mas também na instituição, conhecendo os seus espaços e os seus colaboradores.

Discernindo ainda na mesma dimensão, a grande diferença entre os profissionais do setor público e do setor privado assinala-se entre os enfermeiros supervisores clínicos e os enfermeiros supervisionados clínicos. No setor público, tanto os enfermeiros supervisores clínicos como os enfermeiros supervisionados clínicos olham para o fenómeno da integração numa ótica mais associada ao “saber-fazer”, às rotinas, aos protocolos e ao espaço físico do serviço, ou seja, a sua incidência é muito mais na vertente prática num determinado espaço físico.

Por sua vez, no setor privado tanto enfermeiros supervisores clínicos, como os enfermeiros supervisionados clínicos percecionam o fenómeno com maior “amplitude”, ou seja, acreditam que a sua perceção passa por conseguir dar resposta às solicitações da sua vida profissional com recurso ao conjunto de informação que lhes foi transmitida ao longo do processo de integração. O mais curioso ainda é que tanto o SvPr1 como SvPr2, patenteiam no seu discurso a ideia de que a integração deles não ocorreu só no serviço, mas também no seu da equipa multidisciplinar, o que também demarca bastante o setor privado.

Relativamente à existência de um programa de integração, segundo Oliveira e Silva (2015) os programas de integração devem contemplar dimensões como: relação interpessoal, segurança emocional, oportunidade de aprendizagem prática e espaço para reflexão, a ausência de tais elementos prolonga ou fragiliza a integração, podendo levar à rotatividade, ao *burnout* precoce ou à não consolidação das competências críticas (Cruz & Ferreira, 2015).

Em SPu1 foi encontrada uma incongruência: o enfermeiro gestor e o enfermeiro supervisor clínico afirmam a existência deste; embora o enfermeiro supervisionado clínico afirma que não existe. Enquanto no SPu2 os três enfermeiros envolvidos referem a existência de um programa de integração.

Por sua vez, no setor privado, no SPr1, tanto o enfermeiro gestor como o enfermeiro supervisor clínico, afirmam que o programa de integração se encontra em redação e elaboração para futura implementação. O enfermeiro supervisionado clínico refere a não existência do mesmo. No SPr2, fora detetada outra incongruência, o enfermeiro gestor e o enfermeiro supervisor clínico afirmam a existência do programa de integração, enquanto o enfermeiro supervisor clínico afirmam que não existe o programa.

A inferência que se pode apurar é que ou não existe efetivamente nenhum programa implementado para sustentar a integração de um novo enfermeiro ou a percepção dos envolvidos sobre o que é um programa de integração também poderá estar na base desta incongruência.

Relativamente à dimensão planeamento da integração, no setor público, os enfermeiros gestores referiram vários fatores: o fato de ter de dar resposta ao período de integração pré-estabelecido e a falta do aviso prévio da vinda de um novo enfermeiro.

Na ótica dos enfermeiros supervisores clínicos, não existe planificação do processo de integração, existe apenas o questionamento do enfermeiro gestor, de modo a saber a sua disponibilidade para desempenhar a função de supervisor clínico. Do mesmo modo, os enfermeiros supervisionados clínicos afirmam de igual modo que não existiu qualquer planificação do processo de integração.

No setor privado, os enfermeiros gestores afirmam que recorrem a elementos com mais experiência para levar a conduzir a integração. Por sua vez, o enfermeiro supervisor clínico afirma que existiu a planificação do processo de integração, embora seja o único elemento deste serviço que o afirma. Por sua vez, os dois enfermeiros supervisionados clínicos, afirmam que não existiu nenhuma planificação do processo de integração destes.

Assim, podemos afirmar que tanto no setor público como no setor privado, não existe uma planificação do processo de integração.

Na dimensão definida como duração do programa de integração, de acordo com Oliveira e Silva (2015) na perspetiva da gestão é importante que a duração da integração seja ajustada às especificidades do serviço (bloco operatório, cuidados intensivos) e ao perfil do profissional (recém-licenciado ou com experiência anterior), sem prejuízo na qualidade assistencial nem da segurança dos utentes.

Esta dimensão aparenta ser aquela onde se evidencia mais a diferença entre setores. Por um lado, no setor público os dois enfermeiros gestores afirmam que o tempo definido pelos gestores de topo para a integração de enfermeiros é insuficiente, e que é muito raro o novo elemento conseguir atingir o objetivo da integração nesse período.

Esta perspetiva é reforçada tanto pelos enfermeiros supervisores clínicos que afirmam na maioria dos casos a duração do processo de integração pode até chegar aos 15 dias, ou seja, existe uma adaptação da duração do processo. Já no grupo dos enfermeiros supervisionado clínicos, temos dois exemplos: um elemento que demorou 15 dias a completar a integração e outro elemento que não refere o número de dias, mas pelo número de turnos que refere podemos afirmar que a duração também se aproximou das duas semanas.

Já no setor privado, a oratória dos enfermeiros gestores é sobretudo centrada no novo elemento, isto é, afirmam que o tempo é um fator pessoal e deve ser adequado e que, em determinados casos há elementos que podem requerer mais tempo. Quando apuramos as perspetivas dos enfermeiros supervisores clínicos também conseguimos entender que o período efetivo do processo de integração é tendencialmente superior ao que é avançado no setor público.

Embora, quando se verifica os pontos de vista dos enfermeiros supervisionado clínicos compreendemos objetivamente que o período de cada um deles não foi superior ao que foi providenciado aos seus homólogos do setor público.

Relativamente ao período de integração, a diferença entre setores evidencia-se pela expectativa que o enfermeiro supervisionado clínico assimila acerca da duração do seu processo de integração. No setor público, o tempo surge como que limitado e bastante encurtado logo aquando da admissão, o que infere no novo elemento uma expectativa de que terá que se integrar de forma rápida e fugaz, num contexto em que existe pressão para rapidamente se afirmar como um elemento naquela equipa.

Por sua vez, no setor privado a ideia transmitida é que o tempo deverá ser adequado como um fator pessoal, que poderá ser ajustado à realidade pessoal e profissional do novo elemento, e que o processo de se integrar é assente numa vertente de compromisso e solidez para com a equipa.

Na literatura nacional, são apontadas consequências de integrações demasiado curtas como o risco de erros clínicos, a insegurança profissional, a rotatividade profissional, a ansiedade laboral e conflitos. No outro lado do espectro quando os processos de integração são demasiado prolongados pode ocorrer a perceção de subvalorização, desmotivação do profissional, dependência excessiva do supervisor clínico e resistência ao processo de autonomização.

A dimensão integração de “qualidade” que apresenta algumas diferenças entre setores: no setor público o enfermeiro gestor afirma que uma integração eficaz é sobretudo o domínio da capacidade e desenvolvê-la em segurança para si e para o utente, por sua vez o enfermeiro supervisor clínico acredita que a eficácia do processo passará pela conquista da sua autonomia na realidade profissional, enquanto os enfermeiros supervisionados clínicos voltam a replicar a sua resposta, admitem que a eficácia da sua integração será percebida pelo domínio das rotinas e na aquisição de ferramentas para assumir autonomamente a realidade profissional.

Pode-se entender que existe aqui uma tendência nas respostas de todos os envolvidos, na sua essência, refletem que a eficácia do processo de integração será espelhada pela forma como assumem a sua prática diária no serviço, mais uma vez encaram esta dimensão muito na vertente prática, na vertente “do trabalho”.

No outro lado do espectro, no setor privado, o enfermeiro gestor aprofunda um pouco a temática da eficácia e observa o fenómeno de forma mais vinculada com a instituição, ou seja, na sua ótica a eficácia passará não só pela prática quotidiana do profissional de enfermagem, mas também pela sua fixação e fidelização ao serviço e instituição, este ponto é muito diferente da realidade do setor público.

Ainda no setor privado, o enfermeiro supervisor destaca na sua oratória que a eficácia será ter a capacidade cuidar do utente em todos os momentos, uma perspetiva também mais virada para a realidade prática, que no fundo é partilhada pelo enfermeiro supervisionado clínico que se manifesta nesta dimensão.

Na ótica de Gaspar e Pinho (2019), a integração é tão mais eficaz quanto mais estruturado estiver o programa de acolhimento e supervisão clínica. Uma integração de qualidade implica o acompanhamento sistemático por supervisores formais, sessões de feedback regulares e uma fase progressiva de responsabilização do supervisionado.

Na dimensão benefícios oferecidos, também se podem verificar diferenças significativas entre um setor e outro. No setor público, os enfermeiros gestores admitem que nem eles, nem os novos enfermeiros mencionam esta temática, embora claro, saibam que o setor público beneficia do horário de 35 horas semanais e de um vínculo contratual mais seguro.

Por sua vez, no setor privado, o enfermeiro gestor opta por defender a sua perspetiva afirmando que no setor privado os benefícios salariais vão além dos 14 salários anuais que se auferem, podendo através do resultado da sua avaliação de desempenho ser compensado em até mais um salário, totalizando 15 salários anuais. Um enfermeiro supervisionado clínico afirma e reforça a importância do protocolo de seguro de saúde pelo qual este e a sua família são abrangidos.

As diferenças são patentes no setor público, os benefícios não são mencionados, embora se saibam que são inerentes a esta realidade; por outro lado, no setor privado os seus benefícios são utilizados para cativar e fixar profissionais, ou seja, utilizados como uma vantagem que poderá fazer pender a decisão quando se opõe um e outro.

Na dimensão dos facilitadores na integração, evidencia-se que tanto o setor público como o setor privado se alinham, é mencionado por mais do que um dos intervenientes, dos dois setores, que o fato de possuir experiências profissionais anteriores e a importância dos contextos dos ensinamentos clínicos são fatores fundamentais na facilidade da consolidação do processo de integração.

Será também importante salientar que nesta dimensão, os enfermeiros supervisionados clínicos destacam: no caso do setor público, a estrutura do programa e a performance do supervisor clínico; no caso do setor privado a transmissão adequada dos objetivos, expectativas do seu desempenho, assim como o papel da equipa.

Na dimensão dos dificultadores da integração foi destacado por um enfermeiro gestor do setor público que a nova realidade desconhecida pode despoletar ao novo elemento ansiedade e insegurança. Por sua vez, o enfermeiro gestor do SPU2 afirma que a sua maior dificuldade é dar resposta ao período pré-estabelecido. No que diz respeito ao enfermeiro supervisionado clínico destaca a multiplicidade de supervisores clínicos como uma dificuldade no processo de integração.

Na realidade do setor privado, o enfermeiro supervisionado clínico do SPr1 destaca que o tempo providenciado foi menor do que aquilo que esperava. Por sua vez, o enfermeiro supervisionado clínico do SPr2 destaca o elevado número de protocolos médicos que vigoram na instituição.

Na dimensão sugestões de melhoria ao processo de integração, o enfermeiro do setor público propõe: o enfermeiro gestor afirma que aumentaria o período de integração e a possibilidade de ser adaptável, considera ainda a possibilidade de se construir uma escala de monitorização do processo de integração. Os enfermeiros supervisores clínicos, afirmam que quem desempenha funções de supervisão clínica deveria ter redução nas horas de cuidados no seu dia-a-dia; há também a sugestão de desenvolver um programa virtual que pudesse ser fornecido ao novo elemento e que ele pudesse “descobrir” através de uma “visita-guiada” o novo espaço onde se está a integrar.

No setor privado, as principais sugestões passam por o novo elemento desempenhar um papel de supranumerário durante todo o processo de integração e não haver a necessidade de assumir precocemente a sua função antes da consolidação do processo de integração, aumentar o período de integração, nomear um enfermeiro responsável pela vertente da

supervisão clínica do serviço não só nas integrações e há também quem defenda que a elaboração de um documento com *guidelines* que orientem o processo é fundamental.

### 3.6. RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

O presente capítulo tem como objetivo apresentar um conjunto de recomendações estratégicas destinadas a otimizar o processo de integração de enfermeiros nas instituições de saúde. As propostas delineadas resultam de uma investigação abrangente que procurou observar, escutar e analisar as perspectivas de três grupos de enfermeiros: os enfermeiros gestores, os enfermeiros supervisores clínicos e os enfermeiros supervisionados clínicos.

A amplitude e a diversidade dos dados recolhidos permitiram uma compreensão multifacetada dos desafios e das necessidades associadas à integração profissional de enfermeiros. Consequentemente, as recomendações desta investigação, foram estruturadas a vários níveis, uma vez que as lacunas identificadas assim o exigem. Assim, iniciou-se a apresentação destas recomendações identificadas em quatro níveis: profissional, organizacional, académico e político-profissional. Acredita-se que a implementação destas recomendações, adaptadas ao contexto pessoal e profissional dos envolvidos, vise otimizar os processos de integração de novos enfermeiros, reforçar a SC e melhorar a satisfação e retenção dos profissionais.

Ao nível profissional as recomendações identificadas foram:

- Elaboração de planos individuais de integração;

Adaptar o processo de integração ao perfil e experiência de cada novo enfermeiro, promovendo uma aprendizagem mais significativa e uma adaptação gradual e segura ao contexto clínico.

- Desenvolvimento de competências reflexivas e supervisão entre pares;

Estimular a autorreflexão e a supervisão informal entre colegas como complemento à supervisão formal, reforçando a autonomia, o pensamento crítico e a coesão das equipas.

- Incorporação de indicadores de adaptação e satisfação nos relatórios de desempenho;

Medir sistematicamente o grau de adaptação, bem-estar e satisfação dos enfermeiros recém-integrados como indicador interno de qualidade organizacional.

Ao nível organizacional, foram identificadas as seguintes recomendações:

- Institucionalização de programas formais de integração;

Criar programas de acolhimento estruturados, com objetivos definidos, cronogramas claros e avaliação periódica do progresso do profissional em integração.

- Formação certificada e contínua dos supervisores clínicos;

Garantir que os enfermeiros supervisores clínicos possuam formação pedagógica, ética e relacional adequada, conforme os requisitos definidos pela Ordem dos Enfermeiros e regulamentação aplicável.

- Definição clara de papéis e responsabilidades no processo supervisivo;

Estabelecer de forma inequívoca as funções de supervisores e supervisados clínicos, promovendo um processo mais transparente, seguro e eficaz.

- Criação de gabinetes de apoio à integração e supervisão clínica;

Estruturar unidades funcionais responsáveis pela coordenação dos processos de acolhimento e acompanhamento dos enfermeiros em fase de integração.

- Implementação de programas de mentoring institucional;

Formalizar relações entre profissionais experientes e novos enfermeiros, promovendo partilha de experiências, suporte contínuo e desenvolvimento profissional.

- Inclusão da integração e supervisão nos planos estratégicos institucionais;

Reconhecer a supervisão clínica como dimensão essencial da gestão de cuidados e como ferramenta estratégica de qualidade, segurança e retenção de profissionais.

Ao nível académico, apontam-se as seguintes recomendações:

- Reforço da formação em supervisão clínica nos currículos de enfermagem;

Integrar nos cursos de licenciatura e pós-graduação conteúdos relativos à supervisão clínica e integração profissional, como competências transversais de todos os enfermeiros.

- Promoção de projetos interinstitucionais de boas práticas;

Estimular parcerias entre escolas e instituições de saúde para testar, validar e disseminar modelos eficazes de integração, baseados na evidência científica e na realidade clínica.

Ao nível político-profissional, elencam-se as seguintes recomendações:

- Reconhecimento formal do papel do supervisor clínico;

Defender a valorização do enfermeiro com competência acrescida em supervisão clínica, incluindo incentivos funcionais, diferenciação curricular e alocação de tempo específico para a função.

- Normalização de requisitos mínimos para programas de integração em enfermagem;

Estabelecer orientações nacionais, sob coordenação de instituições competentes, que definam critérios mínimos e comuns para a integração profissional em serviços de saúde.

- Integração da supervisão clínica e da integração nos critérios de acreditação organizacional;

Incluir indicadores como "qualidade do acolhimento", "efetividade da supervisão" e "retenção de profissionais" nas auditorias externas e processos de certificação da qualidade em saúde.

- Fomento da investigação aplicada na área da integração e supervisão clínica;

Apoiar projetos de investigação-ação e estudos multicêntricos que aprofundem os impactos da SCE nos resultados organizacionais e no bem-estar dos enfermeiros.

Em síntese, a implementação destas recomendações estratégicas é fulcral para a otimização do processo de integração de enfermeiros, e estabelecê-lo como um pilar essencial para a retenção de talento e para a qualidade dos cuidados de saúde. Ao fazer-se a abordagem das necessidades dos enfermeiros supervisionados clínicos, procura-se fomentar um ambiente profissional mais acolhedor que possa dar suporte e seja propício ao desenvolvimento contínuo. Acredita-se que a aplicação sistemática e integrada destas propostas não só fortalecerá a equipa de enfermagem, como também contribuirá decisivamente para a excelência e sustentabilidade dos serviços de saúde em Portugal.

## CONCLUSÃO

Este capítulo final sintetiza os principais resultados obtidos, articulando-os com a revisão da literatura e com os dados empíricos, respondendo à questão de investigação e estabelecendo a ligação com os objetivos traçados no início do estudo.

Este estudo analisou o processo de integração de enfermeiros nos setores público e privado, através da revisão da literatura e da realização de entrevistas com profissionais de diferentes categorias, com o objetivo de compreender as dinâmicas, fragilidades e potencialidades dos contextos em análise.

Na área de enfermagem, os processos de integração de profissionais têm vindo a ser implementados há vários anos. Tal como é lógico compreender, existem contextos de saúde que exigem atuação de enfermeiros, sendo por isso, indispensável um período de adaptação ao meio, às equipas, ao espaço físico, aos utentes, bem como ao corpo de conhecimentos específico do serviço.

Importa recordar que a SC na área da enfermagem em Portugal remonta ao início da década de 1980, tendo como referência o contributo pioneiro do Professor Doutor Wilson Abreu. Contudo, só a partir do início do século XXI é que esta dimensão começou a ganhar maior visibilidade e reconhecimento no seio da prática profissional e académica em enfermagem.

Este estudo apresenta algumas limitações, inerentes à natureza e desenho da investigação qualitativa. A principal prende-se com a dimensão reduzida da amostra, a qual, embora adequada para uma análise aprofundada dos discursos e significados, não permite a generalização dos resultados ao panorama nacional. Trata-se, no entanto, de uma limitação comum em estudos qualitativos, cujo objetivo não é a representatividade estatística, mas sim a compreensão aprofundada das experiências e perspetivas dos participantes.

Adicionalmente, verifica-se uma escassez de estudos prévios que explorem, de forma específica, as perceções dos enfermeiros gestores e supervisores clínicos sobre o processo de integração, o que limita a possibilidade de comparação e validação externa dos resultados. Esta lacuna, contudo, reforça a relevância exploratória deste estudo, que procura contribuir para o avanço do conhecimento nesta área.

A subjetividade inerente à análise qualitativa constitui outra limitação frequentemente apontada, mas que pode ser mitigada através de estratégias de rigor metodológico, como a triangulação de dados, a validação por pares ou o registo transparente do percurso analítico. Por fim, reconhece-se que as diferenças organizacionais entre contextos públicos e privados podem ter influenciado as perceções dos participantes, introduzindo assim variabilidade nos

discursos. Esta diversidade, longe de comprometer os resultados, deve ser entendida como um reflexo da complexidade dos contextos de prática em enfermagem.

Numa perspetiva mais pessoal e académica, a principal limitação deste trabalho prendeu-se com a elevada exigência metodológica decorrente do seu âmbito. A investigação envolveu duas instituições de saúde distintas e um total de doze enfermeiros, distribuídos por três categorias profissionais, o que implicou um processo complexo desde a conceção do desenho do estudo, passando pela obtenção de autorizações institucionais, até à recolha, tratamento e organização dos dados.

O facto de a temática da integração de enfermeiros ter sido abordada de forma tripartida, considerando simultaneamente gestores, supervisores clínicos e supervisados clínicos, acrescentou um grau de dificuldade adicional. Este nível de complexidade resultou na necessidade de realizar vários ajustes e reformulações ao longo do percurso investigativo. A somar a este desafio, destacou-se ainda a inexperiência do investigador na realização de trabalhos académicos de investigação com esta dimensão, o que, embora não comprometa a validade do estudo, tornou o processo particularmente exigente, mas muito formativo.

Por último, é também importante ressaltar que a comparação entre os setores público e privado da saúde na vertente da integração de enfermeiros pode ser uma tarefa árdua, devido às diferenças na estrutura, nos objetivos e nas características, tendo sido um obstáculo acrescido.

De acordo com a documentação oficial da OE acerca dos processos de integração com a realidade do contexto estudado, foram identificadas algumas lacunas, o que levou à definição deste percurso dirigido pela questão de investigação: “Qual a perceção dos enfermeiros gestores, supervisores clínicos e supervisados clínicos, acerca do processo de integração de novos enfermeiros, nos setores público e privado?”.

Com a presente questão de investigação, pretendeu-se compreender se existem diferentes perceções acerca do processo de integração, estando elas relacionadas tanto com a categoria profissional dos envolvidos (enfermeiro gestor, enfermeiro supervisor clínico ou enfermeiro supervisado clínico) e se também a influência da natureza institucional (setor público e setor privado).

Através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas a um grupo de doze enfermeiros, entre os quais quatro enfermeiros gestores, quatro enfermeiros supervisores clínicos e quatro enfermeiros supervisados clínicos, de duas instituições da região centro de Portugal, uma delas do setor público e outra do setor privado foram identificados vários domínios: processo/conceito de integração, existência do programa de integração, planeamento da

integração, duração do programa de integração, integração de “qualidade”, benefícios oferecidos, facilitadores na integração, dificultadores na integração e sugestões de melhoria.

Realizando o exercício em retrospectiva, de forma a compreender se os objetivos gerais e específicos, delineados inicialmente, foram atingidos apresentam-se abaixo os respetivos resultados e análises.

Relativamente ao primeiro objetivo geral, que consiste em identificar aspetos que influenciam o processo de integração, destaca-se na perspetiva dos enfermeiros gestores a importância de experiências académicas e profissionais anteriores; na perspetiva dos enfermeiros supervisionados clínicos do setor público, é destacada a estrutura do programa e a performance do supervisor clínico, por sua vez, no setor privado foi destacada a adequada transmissão dos objetivos e as expectativas associadas ao seu desempenho.

No segundo objetivo, que delineou a identificação das dinâmicas do processo de integração na perspetiva dos enfermeiros gestores, supervisores clínicos e supervisionados clínicos, podemos distinguir três diferentes pontos de vista. Os enfermeiros gestores identificam as dinâmicas do processo de integração com um cariz teórico, organizativo e estruturado; por sua vez, os enfermeiros supervisores clínicos identificam as dinâmicas num carácter mais tático, procuram colocar em prática o plano definido pelo gestor; já o enfermeiro supervisionado clínico identifica a dinâmica do processo de integração no âmbito da vertente prática e da aplicação.

Quanto ao objetivo que procura discernir as semelhanças de planos de integração no contexto público e privado, a semelhança mais evidente foi: *à priori*, o tempo disponibilizado para o programa de integração é considerado reduzido de uma forma geral, por todos os envolvidos. De forma mais particular, o tempo foi considerado bastante mais reduzido por elementos do setor público que afirmam que existem diretrizes dos gestores de topo a cumprir, enquanto esta exigência já não se verifica tão evidente no setor privado.

Quanto às diferenças de planos de integração entre o contexto público e privado, foi identificada que no setor público, na ótica dos enfermeiros supervisores clínicos e supervisionados clínicos, a perspetiva de integração é associada ao “saber-fazer”, às rotinas e aos protocolos do serviço. Enquanto no setor privado, tanto os enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados clínicos percebem o fenómeno com maior amplitude, ou seja, percebem a integração como o saber dar resposta às solicitações no quotidiano profissional e complementam ainda que a ideia de integração vai mais “longe” do que integrar-se no próprio serviço, defendem que ela ocorre na equipa e na instituição.

Se na dimensão duração do programa de integração o setor público e o setor privado se unem e afirmam que se encontra diminuído, a grande diferença patente entre ambos no fator tempo

é que no setor público parece que está contabilizado, enquanto no setor privado a perspectiva é que o tempo é um fator pessoal e é transmitida maior abertura neste aspeto. Assim aquilo que se pode evidenciar, é que a grande diferença aqui patente é, no setor privado tendencialmente é disponibilizado mais tempo ao enfermeiro supervisionado clínico para a integração quando comparado com o setor público.

Relativamente aos benefícios oferecidos (tipo de contrato, salário, prémios) pelas instituições/setores podem ser identificadas conotações diferentes em ambos: no setor público eles são percecionados como um “bónus” por trabalhar numa instituição do setor público; já no setor privado eles são “usados” para captar, fixar e fidelizar os profissionais.

Iniciando agora a análise individual dos objetivos específicos, definidos previamente para este estudo:

No primeiro objetivo específico definido, que visa compreender metodologia evidenciada no processo de integração de enfermeiros, pode-se afirmar que a metodologia é semelhante tanto no setor público, como no setor privado, ou seja, é identificado pelo enfermeiro gestor, um enfermeiro com experiência no serviço, que desempenhará funções de supervisor clínico e acompanhará o processo de integração do novo elemento, durante um determinado período.

Relativamente, ao objetivo específico de analisar os contributos da existência do plano de integração de enfermeiros, só na realidade de SPu2 se pode verificar, uma vez que foi o único serviço em que os três envolvidos afirmaram a existência do programa de integração. De acordo com a realidade deste serviço, podemos compreender que o principal contributo da existência do plano de integração foi a transmissão de objetivos, de expectativas e metas a atingir durante o período de integração.

No objetivo específico, que visa identificar perceções semelhantes acerca do processo de integração, pode-se destacar o objetivo geral do processo de integração e a metodologia aplicada ao processo. Pode-se ainda identificar de uma forma transversal no universo estudado que, dois contextos (setor público e setor privado), a “não existência” de uma planificação do processo de integração e também a “não existência” um processo de avaliação tanto ao processo de integração, como à performance dos envolvidos, são perceções semelhantes nos dois setores.

No âmbito do objetivo específico que destaca perceções divergentes acerca do processo de integração, no setor público e setor privado, podemos salientar perceções dos enfermeiros supervisionados clínicos, no setor público a vertente integrativa está mais associada a uma ótica de “saber-fazer” e às rotinas do serviço e ao espaço físico propriamente dito. Já no setor privado, tanto enfermeiros supervisores clínicos como os enfermeiros supervisionados clínicos, percecionam o fenómeno do processo de integração de enfermeiros com maior abrangência,

assumindo que a sua função será dar resposta às solicitações da vida profissional e transmitem a ideia de integração dentro da equipa, instituição e organização.

Relativamente às sugestões de melhoria ao processo de integração, identificadas pelos participantes, das principais destaca-se, no setor público: por parte de um enfermeiro gestor, a construção de um instrumento de avaliação do processo de integração, como uma escala de monitorização do processo de integração, o que na ótica do investigador fara bastante sentido de forma a conseguir compreender a satisfação dos envolvidos acerca do processo de integração; também mencionado por um enfermeiro supervisor clínico, o desenvolvimento de um programa virtual que funcionasse como um guia do espaço da instituição e organização e pudesse ser uma ferramenta adicional ao processo de integração do elemento; ambos os enfermeiros supervisores clínicos do setor público, destacam a importância da supervisão clínica no processo de integração deveria ser mais valorizado pelo enfermeiro gestor, especialmente na diminuição de horas de cuidadas atribuídas aos supervisores clínicos quando estão a acompanhar processos de integração de enfermeiros.

Na vertente do setor privado, podem-se destacar as seguintes sugestões melhorias ao processo de integração, evidenciadas pelos participantes no estudo: o novo elemento desempenhar um papel de supranumerário durante todo o processo de integração e não haver a necessidade de assumir precocemente a sua função antes da consolidação do processo de integração; aumentar o período concedido para processos de integração; nomear um enfermeiro responsável pela vertente da supervisão clínica do serviço não só nas integrações mas com um papel ativo no serviço/instituição; a elaboração de um documento com *guidelines* que orientem o processo de integração também foi um dos destaques deste grupo de enfermeiros.

Este trabalho representa um contributo inicial para o aprofundamento da integração profissional em enfermagem, em diferentes contextos institucionais. Recomenda-se a realização de estudos futuros com amostras mais amplas e metodologias mistas, que permitam validar os resultados aqui obtidos.

Podem-se destacar características que podem definir tanto o perfil do setor público como o perfil do setor privado relativamente à matéria de integração de enfermeiros:

No setor público, o perfil relativo à integração de enfermeiros caracteriza-se por uma estrutura tendencialmente formalizada e de desempenho controlado e neste aspeto, denota-se que o campo da integração de enfermeiros é um campo que já é trabalhado há algum tempo neste setor, que procura a adaptação do novo elemento, a um sistema complexo e com vasta diversidade clínica.

A integração de enfermeiros é, geralmente, suportada por um modelo de programa de integração institucional (como se constatou nesta investigação), este modelo procura garantir uma inserção gradual, permitindo ao enfermeiro supervisionado clínico a assimilação dos protocolos de adaptação ao novo ambiente clínico, em que as suas expectativas podem ser associadas a um papel de obediência e cumprimento de normas. Contudo, existem desafios inerentes, identificados nesta investigação, como a elevada carga de trabalho e a escassez de recursos humanos podem comprometer a qualidade do acompanhamento individualizado, como é exemplo a menor quantidade tempo dispensado para processos de integração, quando comparada ao setor privado, afetando assim perceção de suporte, as expectativas e, conseqüentemente, a eficácia e eficiência do desempenho profissional do enfermeiro supervisionado clínico.

Em oposição, no setor privado, a integração de enfermeiros é marcada por uma abordagem mais ágil, orientada para a eficiência e desempenho individual em busca da autonomia, estas características identificam-se bem patentes no discurso dos supervisionados clínicos. É notável que, a temática ainda é “recente” no seio do setor privado, inclusivamente num dos contextos deste estudo, existe a menção à formalização do programa de integração para futura implementação.

Embora possa existir um acompanhamento mais longo do processo de integração no setor privado, este tende a ser menos formalizado e mais focado na rápida aquisição de autonomia e produtividade para as funções específicas, o papel do supervisor clínico enquadra-se na vertente de facilitador do processo com recurso a uma matriz colaborativa que assenta num método mais reflexivo, com isto, a somar com a flexibilidade que no setor privado se verifica na gestão (horários de trabalho) e na remuneração (quer seja salários e/ou prémios) potencializa a competitividade entre setores, o que representa um fator de atração para novos profissionais.

Esta oposição não só molda a experiência inicial do enfermeiro, como também tem implicações diretas na sua adaptação, desenvolvimento profissional e, conseqüentemente, na sua retenção a longo prazo, sendo este um fator determinante na sua escolha de percurso de carreira.

As diversidades de perspetivas mantêm-se, e a “má” notícia é que ainda há um longo caminho a percorrer na área da SCE, porém há também que observe esta realidade e a “rotule” de “boa notícia”. A certeza que se pode afirmar é que de “uma maneira ou de outra” a SC, tem estado a caminhar na direção da melhoria contínua no seio da enfermagem.

Em suma, torna-se impreterível investir nos processos de integração de novos enfermeiros alicerçados na SCE, não apenas como uma ferramenta de apoio, mas como um pilar essencial

à construção do rumo de uma enfermagem robusta, competente e resiliente, capaz de enfrentar os desafios da prática contemporânea e garantir a excelência nos cuidados de saúde.

Investir numa SC estruturada e reconhecida institucionalmente é mais do que uma estratégia de integração é um compromisso com a dignidade profissional, a coesão das equipas e a melhoria sustentada da satisfação dos enfermeiros, condição indispensável para cuidar com a qualidade, segurança e humanidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, 11(45), 53-57.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Formasau.
- Abreu, W., (2024). *A Supervisão Clínica em Enfermagem no contexto da governação Institucional: Conceitos, modelos e (re)configuração*. In Parreira, P., Castilho, A., Rocha, M., Martins, M. M., Santos, M. R., Souza, M. L., Sousa, L. Mónico, L. & Prado, F. H. (2024). *Gestão nas organizações de saúde: Pessoas, Formação e Desenvolvimento Profissional*. Vol II. (pp. 282-321) (2.ª Ed.). Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Almedina.
- Albuquerque, J. S. (2021). *Integração dos enfermeiros e construção da identidade profissional: Contributos da supervisão clínica*. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/0bf25c84-585e-491c-a5d1-c1f443177ef2>
- Amendoeira, J., & Ferreira, R. (2024). *Modelos teóricos nas práticas/gestão de cuidados*. In Parreira, P., Castilho, A., Rocha, M., Martins, M. M., Santos, M. R., Souza, M. L., Sousa, L. Mónico, L. & Prado, F. H. (2024). *Gestão nas organizações de saúde: Matriz organizacional para as organizações de saúde, política e assessoria*. Vol I. (pp. 239-253) (2.ª Ed.). Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas.
- Antunes, M. L. F. C. (2014). *Sexualidade da mulher submetida a histerectomia: Dilemas no pós-operatório*. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:5337>
- Araújo, M. de O., Santos, S. N. dos, Mascarenhas, N. B., & Freitas, T. O. B. (2020). Percepção de estudantes de enfermagem sobre os sentidos e significados do trabalho gerencial do enfermeiro. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian 5 Journal of Health Research*, 22(1), 35-42. <https://doi.org/10.21722/rbps.v22i1.21469>

- Atashi, V., Movahedi Najafabadi, M., Afshari, A., & Ghafari, S. (2024). Barriers to effective clinical supervision from the perspective of nurses: A descriptive qualitative study. *Nursing Open*, 11(1), e2028. <https://doi.org/10.1002/nop2.2028>
- Azevedo, C. (1996). Integração de enfermeiros às unidades/serviços. *Divulgação*, (38), 20-30.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições.
- Barreiro, B. P. (2023). *A Gestão Pública e Gestão Privada: a opinião dos Profissionais de Saúde* [Dissertação de Mestrado, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/30384>
- Baumann, A. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho= cuidados de qualidade*. International Council of Nurses.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.
- Bilro, P. C. V. (2011). *Quando Dois Se Tornam... mais: A Transição Da Conjugalidade Para A Parentalidade, Uma Nova Fase Do Ciclo De Vida Familiar* [Dissertação Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/11780>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto Editora.
- Borges, P. C. (2013). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: Perspetivas dos Supervisores*. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/b0bd9835-734e-4f3a-b9c0-7bf348843686>
- Bronfenbrenner, U. (1980). *The ecology of human development, experiments by nature and design (3ª edition)*. Harvard University Press. <https://khoerulanwarbk.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/08/urie-bronfenbrenner-the-ecology-of-human-developbokos-z1.pdf>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). *The ecology of developmental processes*. In W. Damon & R. M. Lerner, *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* 2 (Vol. 1, pp. 993-1028). John Wiley. [https://www.academia.edu/24044342/Bronfenbrenner\\_and\\_morris](https://www.academia.edu/24044342/Bronfenbrenner_and_morris)
- Bucchi, S. M., & Mira, V. L. (2010). Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, 3 1003-1010. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400021>

- Butterworth, T., & Woods, D. (1999). *Clinical governance and clinical supervision: working together to ensure safe and accountable practice*. University of Manchester, School of Nursing, Midwifery and Health Visiting.
- Carlos, A., Lamy, F., Seabra, F., Gaspar, M. I., Massano, L., Silva, P., Henriques, S. (2019). *Supervisão: Modelos e processos*. Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://repositorioaberto.uab.pt/entities/publication/5b10ae2d-ffaa-4ee4-89e5-b9cfea0f4e4b>
- Carvalho, A. I. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/08c0ff74-cc30-4e1b-93ab-329dbfb40184>
- Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2019). *Modelo safecare: Modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado*. In A. L. Carvalho, C. Barroso, M. A. Pereira, A. P. Teixeira, F. Pinho, & M. Osório, *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem - Manual prático*. <https://safecare.esenf.pt/wp-content/uploads/2019/06/SafeCare-EBook.pdf>
- 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.
- Chiavenato, I. (2004). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus. <https://biblioteca.unisced.edu.mz/bitstream/123456789/2347/1/Idalberto-Chiavenato-Gestao-de-Pessoas-o-Novo-Papel.pdf>
- Conselho de Enfermagem. (2020). Pronúncia do Conselho de Enfermagem n.º 41/2020 (Publicação Oficial). Recuperado de [www.ordemenfermeiros.pt/documentos/pronuncia41\\_2020.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/pronuncia41_2020.pdf)
- Conselho Pedagógico. (2024). *Guia de elaboração de trabalhos académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Creswell, J. D. (2021). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto (5ª edição)*. Penso Editora.
- Cruz, S. (2012). *Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso*. [Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do

- Cruz, S., & Ferreira, M. (2015). Supervisão clínica e gestão de cuidados em enfermagem: Uma perspetiva reflexiva. *Referência*, Série IV (6), 99–108.  
<https://doi.org/10.12707/RIV15017>
- 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. [Decreto-Lei n.º 248/2009 | DR](#)
- Fernandes, A. P. G., Galdes, J. P. M., Batista, M. P. J., & Alves, P. M. S. (2010). Integração de enfermeiros no serviço de urgência geral. *Sinais Vitais*, 92(1), 50-55.  
[https://www.researchgate.net/publication/278302552 Integracao de Enfermeiros no Servico de Urgencia Geral](https://www.researchgate.net/publication/278302552_Integracao_de_Enfermeiros_no_Servico_de_Urgencia_Geral)
- Flores, D., Imperadeiro, I., Correia, P., Veludo, F., Madureira, M., & Sousa, P. (2020). Estratégias facilitadoras na integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica: uma scoping review. *Cadernos De Saúde*, 12(Especial), 83-84.  
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10274>
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.
- França, M. I. R. (2013). *Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: Adversidades e estratégias*. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=xOkHEA8z>
- Freitas, C. G. M. (2018). *Gestão em enfermagem: O perfil de competências*. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/25785>
- Garrido, A., Pires, R., & Simões, J. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: Perspetivas práticas*. Universidade de Aveiro Editora. ISBN 978-972-789-266-2.
- Gaspar, M. F., & Pinho, L. (2019). *Supervisão: Modelos e processos*. Lisboa: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/17656>
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Fim de Século Edições.

- Goldhammer, R. (1980). *Clinical Supervision: Special Methods for the Supervision of Teachers*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Gonçalves, R. M. (2013). *Supervisão clínica de pares: Práticas supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/9458>
- Grant, A. M. (2008). Does intrinsic motivation fuel the prosocial fire? Motivational synergy in predicting persistence, performance, and productivity. *Journal of applied psychology*. *Journal of Applied Psychology*, Vol 93(1), Jan 2008, 48-58. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.1.48>
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Lucerna. 1.ª Ed. Estoril: Príncipia Editora, Lda. ISBN 972-8818- 66-1.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59-82. Doi: [10.1177/1525822X05279903](https://doi.org/10.1177/1525822X05279903)
- Loureiro, L. M. de J. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem–crítica, estratégias e possibilidades. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 2(2), 22-32.
- Macedo, M. R. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. [Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro]. Bibliotecas da Universidade de Aveiro. <https://opac.ua.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=257099%20thumbnail-shelfbrowser>
- Macedo, R. (2015). *Integração de enfermeiros no bloco operatório: O primeiro passo para cuidados de excelência*. [Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório da Universidade de Lisboa. [https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/35202/4/ulfpie049005\\_tm.pdf](https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/35202/4/ulfpie049005_tm.pdf)
- Maia, N. D. O. (2012). *Satisfação em Enfermagem: comparação entre setor público e privado*. [Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro]. <http://hdl.handle.net/10773/8792>
- Martins, M. M., & Fernandes, M. (2012). Supervisão clínica em enfermagem: Contributo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente. *Referência*, Série III(7), 45–54. <https://doi.org/10.12707/RIII1210>
- Meleis, A. (2012) – *Theoretical Nursing Development & Progress*. 6ª Ed.

- Melo, R., Parreira, P., Castilho, A., Vieira, R., & Amaral, A. (2013). *Processo de mudança em organizações de saúde*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Nicklin, P. (1997). A practice-centred model of clinical supervision. *Nursing Times*, 93(46), 52-54.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. 1ª Edição. Lusodidacta.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. ISBN: 978-989-54837-0-9.
- 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>
- Oliveira, J. P., & Botelho, M. A. R. (2010). De Husserl a Ricoeur: Um Percurso Metodológico Aplicado à Investigação em Enfermagem. *Pensar Enfermagem Vol. 14. N.º 2. 2º Semestre*. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v14i2.42>
- Oliveira, J. R., & Silva, M. A. (2015). Supervisão clínica e desenvolvimento profissional: Contributos para a qualidade dos cuidados. *Referência*, Série IV(7), 99–106. <https://doi.org/10.12707/RIV15023>
- Oliveira, M. M. P. M. (2020). *Plano de acolhimento e integração de novos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Portalegre]. Repositórios Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/33211>
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Integração em bloco operatório*. Parecer, CE No 78, 1-3. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusn%C2%BAplus78plusceplusplus19102017\\_integra%C3%A7%C3%A3oplusnoplusblocoplusoperat%C3%B3rio\\_edoc\\_2017\\_11256\\_rectifica%C3%A7%C3%A3o\\_anoni.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusn%C2%BAplus78plusceplusplus19102017_integra%C3%A7%C3%A3oplusnoplusblocoplusoperat%C3%B3rio_edoc_2017_11256_rectifica%C3%A7%C3%A3o_anoni.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tempo mínimo de integração para enfermeiros numa unidade de cuidados*. Pronúncia do Conselho de Enfermagem nº214/2023. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31572/pronuncia-n%C2%BA-214-tempo-m%C3%ADnimo-de-integra%C3%A7%C3%A3o-para-enfermeiros-numa-unidade-de-cuidados-anonimizada.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2024). *A Profissão e o acesso*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/a-profiss%C3%A3o-e-o-acesso/>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., & Martins-da-Silva, A. (2010). O ajustamento à doença crónica: aspetos conceptuais. *Psicologia da saúde: sexualidade género e saúde*. 147-156. <https://www.researchgate.net/publication/259267524> *O ajustamento a doença crónica aspectos conceptuais*
- Pedroso, M. H. M. (1996). *Integração na Vida Ativa dos Profissionais de Enfermagem: Contributos para o Estudo da Problemática*. [Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: área de Educação e Desenvolvimento. Universidade Nova de Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/handle/10362/291>
- Pereira, M. S. D. V. M. (2007). *Aprender orientando: aprendizagens dos enfermeiros orientadores em ensino clínico*. [Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/948>
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 739-744. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>
- Pires, R. M. F. (2004). *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional*. [Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro]. <https://biblioteca.esenf.pt/cgi-bin/koha/opac-MARCdetail.pl?biblionumber=3523>
- Pires, R., & Araújo, M. (2016). Supervisão clínica em enfermagem: Entre a formação e a regulação da prática. *Referência*, Série IV(10), 29–38. <https://doi.org/10.12707/RIV15112>
- Pires, R. M. F. (2019). *Supervisão clínica em enfermagem: contributos para a conceção de um programa em contexto de cuidados de saúde primários*. [Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/46961>
- Polit, D., Beck, C., Hungler, B., & A. Thorell (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre. 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>
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, Á. (2014). A *pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. In *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 464-464).
- Prazeres, S. M. F. (2024). *O processo de integração do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica*. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=bv6JLzhh>
- Priberam (2024). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. <https://dicionario.priberam.org/integra%C3%A7%C3%A3o>
- Proctor, B. (2001). *Training for the supervision alliance attitude, skills and intention*. In J. Cutcliffe, R. T. Butterworth, & B. Proctor, *Fundamental Themes in Clinical Supervision* (pp.25-46). Routledge.
- 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 nº 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>
- Reis, F. L. (2018). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos – Guia Prático*. Edições San Miguel, C., & Rogan, F. (2009). A good beginning: The long-term effects of a clinical communication programme. *Contemporary Nurse*, 33 (2), 179-190. [10.5172/conu.2009.33.2.179](https://doi.org/10.5172/conu.2009.33.2.179)
- Santos, M. R., & Pires, R. (2023). Fatores facilitadores e dificultadores da integração de enfermeiros recém-formados. *Servir*, 2(04), e 29328. <https://doi.org/10.48492/servir0204.29328>
- Santos, W. M., Secoli, S. R., & Püschel, V. A. (2018). The Joanna Briggs Institute approach. Silabo. for systematic reviews. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 26, e3074. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2885.3074>

- Silva, M. G., Fernandes, J. D., Teixeira, G. A. D. S., & Silva, R. M. D. O. (2010). Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspetivas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 19, 176-184. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100021>
- Silvestre, M. D. C. de J. (2012). Integração de enfermeiros em instituições hospitalares: Estudo de caso. [Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro]. Bibliotecas da Universidade de Aveiro. [https://opac.ua.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=258268&shelfbrowse\\_itemnumber=166706](https://opac.ua.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=258268&shelfbrowse_itemnumber=166706)
- Simões, R. M. B. (2011). *Vivências do doente submetido a prostatectomia radical*. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.] Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=BFhuZE>
- Soares, C. S. C. (2004). Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho. [Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro]. Bibliotecas da Universidade de Aveiro. [https://www.researchgate.net/publication/292116831\\_Supervisao\\_e\\_formacao\\_profission\\_al\\_um\\_estudo\\_em\\_contexto\\_de\\_trabalho](https://www.researchgate.net/publication/292116831_Supervisao_e_formacao_profission_al_um_estudo_em_contexto_de_trabalho)
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Lusodidacta.
- Teixeira, A. I., & Pires, R. (2022). A Supervisão Clínica em Enfermagem de Saúde Mental: novos tempos e perspetivas de mudança. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 28, 1-7. <https://doi.org/10.19131/rpesm.342>
- Werther, W.B., & Davis, K. (1983). *Administração de pessoal e recursos humanos*. McGraw-hill. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3703874>

## **ANEXOS**

ANEXO 1 - Autorização para realização de estudo em instituição de saúde do setor público



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Exma. Senhora  
Enfermeira Diretora  
Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação  
Unidade Local de Saúde

Data 12-01-2023

Presidente; Médica; Prof. FML

Vice-Presidente; Psicóloga Clínica

Bispo de

Médico; Diretor de Serviço

Farmacêutica Assessora

Médica; Assistente Graduada

Enfermeira Especialista

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Integração de enfermeiros: opinião de gestores, integradores e integrandos em análise”, apresentado por Agostinho Abreu

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da \_\_\_\_\_, reunida por videoconferência em 12 de janeiro, apreciou o projeto de investigação supracitado e nada tem a opor à sua concretização.

A CES aguarda ser informada do andamento dos trabalhos e das suas conclusões finais, conforme o indicado no número 3 do Artigo 3º do Decreto-Lei nº 80/2018 de 15 de outubro.

Com os melhores cumprimentos

ANEXO 2 – Autorização para realização de estudo em instituição de saúde do setor privado

## Estudo de investigação -

**Geral**

para mim ▾

Exmo. Senhor

Enf.º Agostinho Abreu

No seguimento do seu pedido dirigido ao [redacted] para realização de estudo de investigação, informamos que o mesmo foi autorizado pela Direção de Enfermagem desta unidade hospitalar.

Melhores cumprimentos,

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1 – Informação ao Participante e Consentimento Informado



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**



HEALTH SCIENCES  
RESEARCH UNIT  
ENFERMAGEM  
**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM**

## **INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

Os investigadores Professor Doutor Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves, professor da Escola Superior de Enfermagem em Coimbra e Agostinho Gabriel Ramos Abreu, estudante do Mestrado de Enfermagem na área Especialização em Gestão de Unidade de Cuidados, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vêm convidá-lo (a) a participar, através de uma entrevista individual, num estudo intitulado de: “Integração de Enfermeiros: opinião de gestores, supervisores e supervisados”.

Este trabalho tem como objetivo compreender a utilização e a aplicabilidade de modelos de integração de enfermeiros ao nível institucional.

A sua participação neste estudo é para nós muito preponderante e única, no entanto, deverá ser voluntária. Antes de decidir, poderá pedir todos os esclarecimentos que considere imprescindíveis. Se aceitar participar, responderá a algumas perguntas numa entrevista individual, com a seguinte estrutura: perguntas para a caracterização sociodemográfica, sobre o conceito de integração e questões de carácter profissional, organizacional e institucional.

Ao voluntariar-se para participar no estudo, deverá ter em conta que será utilizado um gravador de voz para registo da entrevista, de forma a tornar mais fácil uma posterior transcrição dos aspetos que se considerem essenciais à investigação.

De acordo com a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução do Regulamento Geral da Proteção de Dados, todos os dados que decorram deste processo serão devidamente guardados e tratados de forma anónima e confidencial. No futuro, não será identificado(a) em nenhum relatório ou publicação.

Os resultados do estudo serão alvo de uma Dissertação de Mestrado e estarão disponíveis no Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e poderão ser lhes comunicados pessoalmente se assim o desejar.

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento dos objetivos do estudo “Integração de Enfermeiros: opinião de gestores, supervisores e supervisados” e dos fins desta entrevista.

Compreendi a informação que me foi fornecida, e tive oportunidade de colocar as questões que julguei necessárias, obtendo respostas satisfatórias para as mesmas. -----

Compreendo que a minha participação no estudo é voluntária e que posso desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal. -----

Foi-me assegurado que será garantida a confidencialidade dos meus dados e que nenhuma informação será publicada relevando a minha identidade e a identidade da minha instituição. -----

Pelo presente documento declaro que aceito participar no estudo.

Local \_\_\_\_\_: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ -----

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Os responsáveis pelo estudo de investigação,

\_\_\_\_\_

(Prof. Doutor Manuel Chaves)

(Enf ° Agostinho Gabriel Ramos Abreu)

[mchaves@esenfc.pt](mailto:mchaves@esenfc.pt) 919 118 282

[agostinhogra@gmail.com](mailto:agostinhogra@gmail.com) 961 594 910

## APÊNDICE 2 – Guião da Entrevista

## Guião da entrevista

Enfermeiro Gestor/ Supervisor /Supervisado

Com o objetivo de recolher informações sobre o processo de integração de novos profissionais de enfermagem sobre os fatores facilitadores e limitadores destes processos, optou-se por entrevistar enfermeiros de três categorias diferentes: gestores, supervisores e supervisados. O objetivo principal foi enriquecer a temática investigada com os testemunhos dos enfermeiros envolvidos neste processo complexo.

No início de cada entrevista foi fornecido ao participante a informação e consentimento informado sobre a investigação e solicitada a permissão para gravar a entrevista.

O entrevistador terá de ser capaz de adaptar as questões a qualquer uma das três categorias.

### ENTREVISTA

Data:

Sector:

Categoria:

#### A- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Género

Idade

Tempo de Serviço

Habilitações Académicas

Habilitações Profissionais

Vínculo Profissional

Experiências profissionais anteriores

## B- O CONCEITO DE INTEGRAÇÃO

1. O que entende por processo de integração?
2. Existe um programa de integração nesta instituição e/ou serviço? Se sim, descreva-o.
3. Existe mais algum material de apoio que é fornecido? (p.ex: manual de acolhimento, normas, protocolo, direitos e deveres etc...).
4. Quanto tempo de duração tem esse programa? Corresponde às expectativas? Foi definido um cronograma?
5. O que é que significa para si: “estar bem integrado”?
6. O processo de integração foi planejado previamente e em conjunto com a tríade mencionada acima? Foi lhe atribuído um enfermeiro tutor/integrador? Qual foi a metodologia aplicada?

## C- COMPONENTE PROFISSIONAL

1. Segundo a OE (2012), existem competências que lhe são atribuídas como enfermeiro de cuidados gerais, como as desenvolveu no período de integração?
2. No desempenho da profissional de enfermagem, quais são as principais dificuldades e facilidades sentidas e vivenciadas?
3. Já tinha tido alguma experiência profissional anterior? Envolveu integrações? Se sim, especifique-a e descreva-a.
4. Foi dado a conhecer as responsabilidades confiadas, nomeadamente os seus direitos e deveres? A visão e o objetivo do cargo? As metas e resultados a alcançar?

## D - ASSUNTOS ORGANIZACIONAIS

1. Foi mencionado/dado a conhecer, a nível organizacional(instituição):
  - A visão e a missão;
  - Os valores, os princípios e os objetivos globais;
  - As políticas e diretrizes;
  - A estrutura e as unidades;
  - Produtos e serviços oferecidos;
  - Regras e procedimentos internos;
  - A infraestrutura da instituição;

-Os profissionais (RH) que a constituem;

2. Foi mencionado/dado a conhecer, a nível organizacional(serviço):

-A organização e estrutura do serviço;

-A tipologia de utentes que serve;

- O corpo de conhecimento específico do serviço

-A metodologia científica usada na prestação de cuidados de enfermagem;

-Reuniões e conferências do serviço;

-Função do enfermeiro no contexto;

-Registos (sistemas de informação associados);

-Protocolos do serviço;

-Avaliação de desempenho (formal/ informal) e *feedback*;

-A infraestrutura do serviço;

-Os profissionais (RH) que o constituem;

#### E - BENEFÍCIOS OFERECIDOS

1. Horário de trabalho, descanso e de refeições;
2. Contrato celebrado;
3. Dias de pagamento e adiantamento salarial;
4. Programa de benefícios sociais oferecidos pela organização (p.ex.: ADSE);
5. Algum destes benefícios o motivou para iniciar o processo de integração?

#### F- RELACIONAMENTO E INTERAÇÃO

1. Existiu um momento formal de apresentação à equipa de enfermagem, médicos, assistentes operacionais e outros técnicos que coabitam o mesmo espaço laboral?
2. Que estratégias utilizou para promover o desenvolvimento do processo de integração?
3. Que fatores considerou facilitadores e limitadores do processo de integração?
4. Na sua opinião, que características num processo de integração, deve ter um enfermeiro recém integrado, um integrador/tutor e um gestor.

5. Não sua opinião, qual seriam as características de um programa de integração "ideal" (componentes, duração, oportunidades)?
6. Que sentimentos e emoções vivenciou durante o processo de integração?
7. Faria alguma alteração ao programa de integração? Que competências e que características pessoais e/ou profissionais desenvolveu durante este período de tempo?

