

O PROCESSO SUPERVISIVO

In Soares, C. (2008). Projecto de Tese de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro

“I am sure all practitioners can identify many situations of contradiction between what they wanted to achieve in working with a patient and actual practice. I am also sure that many nurses go home each day with this sense of contradiction. It manifests itself as disquiet, a sense of dissatisfaction, anger or even guilt.”

JOHNS (2000:20)

O processo de supervisão clínica em enfermagem tem vindo a ser alvo de múltiplas problemáticas identificadas pelos vários intervenientes nomeadamente, o supervisor, o supervisionado e instituição onde decorre o processo. Abreu (2001) lança a debate, algumas questões que podem ser equacionadas: a gestão emocional; as questões actuais da qualidade das práticas; os condicionalismos existentes na multiplicidade de contextos; as atitudes e comportamentos resultantes, nos níveis cognitivo, afectivo e físico.

Existem dificuldades definidas pelos próprios actores que referem que a supervisão está associada às áreas de gestão e administração por isso muito normativas. Neste sentido impelem a uma celeuma extensiva à relação supervisiva, inviabilizando a oportunidade de resolução de problemas de *stress*, relacionados com a organização das instituições de saúde e as práticas profissionais, como estratégias de gestão mais para controle económico. O grupo de enfermeiros normalmente aceita o processo mas considera-o muito trabalhoso. (Bond & Holland, 1998).

Yegdich (*in* Cutcliffe *et al*, 2001) refere que as enfermeiras são as próprias a dificultar os processos de aplicação da supervisão por desejarem uma explanação, o mais exaustiva possível do seu conceito e dos seus processos de desenvolvimento com muito rigor prático.

Cottrel (2000a) revela que os papéis de líder, chefe e supervisor não são mutuamente exclusivos. Refere também experiências em que os supervisionados enumeram aspectos de constrangimento relativos às diferenças na abordagem, por parte

dos gestores: na ênfase, na perspectiva, na capacidade de análise, no padrão temporal, na defesa da cultura pessoal e organizacional, nas esperanças individuais, nas áreas de intervenção, nas expectativas dos supervisores e na criatividade. Eles realçam que os que detêm poder administrativo não dão grande valor a estes aspectos equacionados porque de alguma forma, se encontram distanciados das práticas.

Markham (1998) relata que o próprio termo *supervisão* pode levar a pensar em controle, avaliação e julgamento dos profissionais por parte dos seus superiores hierárquicos. Os supervisados tendem a não aceitar ser supervisionados pelos seus responsáveis, devido ao conflito de papéis que pode envolver a relação.

Ooijën (2000) e Frawley-O'Dea (2001), referem que o género, ou sexo dos intervenientes é também a fonte de algumas questões. Tanto um como outro, salientam que existem dificuldades na relação supervisiva quando o supervisor é uma mulher e o supervisado é homem. A questão essencial é a que se relaciona com a confiança do supervisado junto da supervisora, no que respeita às suas necessidades de desenvolvimento.

Desta problemática decorre outra evidenciada por Falvey (2002)¹, em que os aspectos éticos podem desenvolver renitência à aplicação de um modelo de supervisão ou, desenvolvimento de um processo assente neste, nomeadamente: *the duty of care* (pág.1), o consentimento do supervisado e o contrato escrito, as questões de confidencialidade com vista à gestão de riscos, padronizada, como exemplo nos programas de acreditação de qualidade do Reino Unido e em outros países.

Para tal a mesma autora definiu, como resumo dos aspectos éticos e legais a ter em consideração no desenvolvimento de um processo de supervisão, alguns pontos que importa aqui introduzir:

- Manter documentação escrita (relatórios de actividades, consentimento assinado e contrato);
- Monitorizar a competência do supervisado;
- Estar acessível para o supervisado;
- Programar consultas regulares.

¹ Esta autora também é do campo da psicoterapia mas dá contributos importantes para os aspectos éticos da relação supervisiva.

Estas problemáticas têm levado a um efeito de bola de neve, com o sentir por parte dos supervisados, de fenómenos de permanente suspeição do que de facto está por detrás do processo de supervisão clínica em enfermagem; alguma resistência em acreditar no supervisor como um conselheiro e confidente e, ainda em revolta, por serem muitas vezes as instituições a aconselhar a intervenção do supervisor e não ser o próprio a declarar (Smith e Cottrell, 2000).

A UKCC (1996) (*in* Cutcliffe *et al*, 2001) refere que a figura do supervisor clínico deve depender da escolha de quem quer ser apoiado nas suas práticas e não uma figura destacada directamente pela organização. Esta pode delinear aspectos que o supervisor clínico deva ter em atenção, com vista a configurar e creditar o processo de supervisão.

A existência de uma lista anual de referência de supervisores destacados é explanada por Bishop (1998), pode ser apresentada pela direcção da organização e cabe ao supervisado a escolha daquele pelo qual sente mais empatia para uma relação supervisiva assente no problema que este apresenta ou detectou.

Jones (2001) chama a atenção para o que muitas instituições hospitalares são tentadas a fazer, dando o papel de supervisor clínico das práticas aos enfermeiros responsáveis das unidades ou serviços hospitalares. Não sendo mutuamente exclusivos, como anteriormente já referimos, deverão ter em atenção o efeito de “halo” na relação supervisiva.

Para Bernard e Goodyear (1998), o processo de supervisão pode ter semelhanças com o processo de avaliação do desempenho mas refere que os objectivos são à partida diferentes.

Nestas perspectivas, parece-nos que existe pertinência na necessidade de se desenvolver um processo de supervisão clínica em enfermagem. As dificuldades não nos parecem serem colocadas como de desvantagens se tratem, mas sim, limites que importa ultrapassar por aplicação de processos de supervisão condicentes com a realidade que cada vivência transmite para um modelo previamente perspectivado.

Tendo-se em consideração o contexto onde decorrem as práticas, pode-se estabelecer um processo faseado e de acordo com os intervenientes (Proctor, B. *in* Cutcliffe *et al*, 2001)². Para esta autora, as fases do modelo de Nicklin, no processo de supervisão, são:

² Esta autora desenvolveu a aplicação do seu modelo de supervisão no contexto específico da Irlanda.

- **Objecto da prática a analisar:** Situação da problemática – poderão ser as relações interpessoais, competências do desempenho, gestão, entre outros;
- **Identificação do problema:** o problema é clarificado nas suas várias vertentes e dimensões para que se possa operar perante ele;
- **Estabelecimento de objectivos:** a definição de objectivos fica acertada, com o contexto da prática, as expectativas dos intervenientes no processo (profissionais, organização e clientes);
- **Planeamento das actividades:** aceitação pelas partes envolvidas, de uma acção realista e em tempos acordados;
- **Implementação do processo:** os intervenientes praticam as acções acordadas em fases devidamente explicitadas;
- **Avaliação:** é feita uma avaliação paralela dos resultados e do processo de supervisão com monitorização.

O processo de supervisão clínica em enfermagem para alguns autores (Bond & Holland, 1998; Cutcliffe, 2001 *in* Cutcliffe *et al*, 2001; Abreu, 2002), e que passaremos a descrever, é composto por uma parte técnica dividida em três fases: a fase inicial de integração das partes envolvidas em que existe uma focalização no supervisado, no processo que irá decorrer e nas técnicas a utilizar. A fase de experimentação ou de realização que se divide, por sua vez em: ensino, *feedback* e prática, onde existe a partilha de desafios. E finalmente, fase de autonomia ou de processamento onde se realiza reflexão sobre o realizado, descrevendo a experienciação, efectivando uma análise crítica e procedendo a uma avaliação dos resultados por síntese.

Apesar de se verificar uma compartimentalização das fases, esta apresentação é essencialmente académica, pelo que o profissional ou aluno em estágio profissionalizante, nesta situação, pode vivenciar aspectos diferentes em níveis também diferentes.

Na **fase inicial** existe uma grande dependência ao supervisor, pela insegurança e desconhecimento do processo com consciencialização das suas limitações e onde são estabelecidos os objectivos, dando toda a informação, quer por parte do supervisado, quer por parte do supervisor, após o diagnóstico da situação relevante. É uma fase em que ambos se passam a conhecer.

Há uma integração dos elementos ao processo e o próprio experienciar de toda a faseologia. Não havendo ainda cognição, o supervisionado vai desenvolvendo actividades em torno de uma ideia de imitação do seu supervisor. Nesta dimensão, a auto-estima vai aumentando pelas próprias características do supervisor e, a cognição vai se desenvolvendo mas ainda não tem um fio condutor, visto que o supervisionado tem conhecimentos mas não os consegue interligar com as experiências.

O aumento de ansiedade faz com que o supervisor a canalize para o desempenho das práticas, através de incentivos à preocupação com o exercício. Nesta fase, a intervenção das instituições é fundamental, quer dando oportunidades de formação externa em acções de formação, quer apoiando um controle emocional, através da fomentação de momentos informais.

Na perspectiva de Abreu (2002), existem um conjunto de competências atribuídas aos supervisores nesta fase:

- Preparar o segmento do desenvolver;
- Conhecer o contexto;
- Conhecer aspectos do profissional/estagiário;
- Demonstrar, apoiar, integrar e encorajar.

Na **fase de realização ou de experimentação** há uma ênfase nas práticas de ambos, a parte relativa ao *feedback* está intimamente relacionada com a análise feita pelos dois e a posterior prática tem relação com uma experiência avaliativa. A segurança, a motivação e as capacidades críticas vão aumentando. O supervisor aconselha determinadas práticas ou reflecte com o supervisionado sobre elas. Neste período é normal o aparecimento de conflitos de ideias, nomeadamente sobre as questões éticas. O supervisor é aqui um gestor de emoções. Há a construção de um quadro de referências com triangulação de informação e realizando um consumo crítico dos saberes do supervisor, através do início de processos de auto-avaliação por parte do supervisionado.

As competências do supervisor nesta fase do processo ficam assim resumidas:

- Promover a autonomia em relação à peça de trabalho analisada;
- Avaliar a forma de utilização da informação que vai disponibilizando;

- Potencializar as energias pessoais do supervisionado para a autonomia, para a focalização ao grupo onde se insere e diminuição da insegurança;
- Promover a integração das práticas e dos saberes decorrentes (Abreu, 2002).

A **fase de autonomia** é, como o próprio nome indica, uma etapa em que o supervisionado vai tendo uma independência gradual em relação ao supervisor, em que as capacidades de distanciamento crítico e analítico vão aumentando até a um elevado nível de desenvolvimento de competências individuais. Há um efeito de *zoom* (Sá-Chaves, 2000) em que o supervisor observa, aproximando-se ou afastando-se das situações, consoante as necessidades. Existe uma maior partilha na relação supervensiva em que o supervisor é mais companheiro do dia-a-dia do que uma figura de retórica.

A sensação de dever cumprido, por parte do supervisor, está enquadrada no **fim do ciclo ou do processo de supervisão**. Para tal, este deverá ter como competências e capacidades fundamentais, ainda na perspectiva de Abreu (2002):

- Pensar a supervisão numa dinâmica de qualidade;
- Centrar a sua atenção nas dimensões estruturantes da qualidade: o processo dos cuidados, e seus resultados;
- Promover estratégias de algum distanciamento crítico;
- Salientar e fazer desenvolver uma atitude ética.

Apesar dos objectivos do processo de supervisão clínica em enfermagem se encontrarem diluídos na formação e desenvolvimento de competências profissionais e no incremento da qualidade de cuidados ao utente, esta diluição é dicotomizada. Entende-se assim que qualquer intervenção do supervisor junto do supervisionado é formativa e vai repercutir-se na qualidade dos cuidados feitos ao utente (Bernard & Goodyear, 1998; Bond & Holland, 1998; Cutcliffe *et al*, 2001). Com este assumir, os autores identificam, com uma certa unanimidade e sumariamente, três eixos fundamentais do processo de supervisão clínica:

- Aumentar as capacidades dos profissionais, através da formação, fazendo com que o supervisionado reflecta sobre as narrativas das suas práticas;

- Avaliar a qualidade dos cuidados ao utente, através da verificação e mensuração de critérios discutidos na relação supervisiva e resultados das práticas;
- Dar suporte aos profissionais no decorrer das suas intervenções, na multiplicidade dos contextos das áreas da saúde.

A supervisão na formação

“O processo contínuo de supervisão (...), vai permitir ao aluno conceptualizar a sua própria prática, recompondo e acondicionando os novos saberes e os que anteriormente adquiriu, mesmo os que derivam da consciência que de si possuem como pessoas e futuros enfermeiros.”

Abreu (2003:38)

Uma perspectiva construtivista, num paradigma eclético, deve ser a base e linha orientadora do ensino da enfermagem. Os contributos da supervisão de estágios clínicos vão ao encontro do desenvolvimento das capacidades reflexivas dos alunos e profissionais envolvidos. O processo de supervisão estará assente numa relação supervisiva em que o supervisor do estágio clínico é um enfermeiro supervisor/formador ou preceptor, na perspectiva de Bain (1996):

- Que tem em atenção o outro que está a crescer como futuro profissional, preparando-lhe a sua socialização na profissão;
- Que tem em atenção a produção de novos saberes nas ciências de saúde em geral e nas de enfermagem em particular;
- Que participa na elaboração de um *curriculum* estruturado do simples para o complexo;
- Que desenvolve as teorias reflectidas na prática dos contextos de formação;
- Que é responsável pela supervisão das práticas pedagógicas em estágio clínico;

- Que cria situações de aprendizagem questionando as suas práticas, dos profissionais e dos alunos, com uma atitude reflexiva;
- Que é promotor da autonomia e do princípio da auto-implicação do supervisionado;
- Que desafia o outro, a assumir uma atitude investigativa como condição da sua auto-formação através da narrativa das práticas.

Moule (1999) defende que pela entrada do ensino de enfermagem como ensino profissionalizante, no sistema de ensino mais avançado, a abordagem às práticas deve ser feita pela figura da enfermeira, líder nessas mesmas práticas.

Também Andrews e Wallis (1998) apontam que o ensino da enfermagem, na sua vertente prática, deve ser apoiado pela figura do mentor, no exercício profissional das práticas, sendo este *“a wise and trusted friend”* (*ibidem*:202). No entanto, não se associa esta imagem à figura de um enfermeiro velho e sábio mas que tenha as competências de proximidade à realidade do estudante; desenvolvimento de processos de relação pessoal e interpessoal; atitude positivo-construtivista da aprendizagem e habilidades no desenvolvimento profissional.

Esta figura de enfermeiro cooperante é defendida também por Asseiro (2001) e Abreu (2003), que revelam a necessidade da escola se aproximar do hospital encontrando mecanismos de parceria com o reconhecimento dos recursos humanos lá existentes, capazes de dar apoio efectivo ao desenvolvimento dos alunos através de uma reflexão permanente e com a supervisão e análise das narrativas das práticas.

Na perspectiva de Alarcão (1996), o estágio clínico é concebido como uma espécie de prisma rotativo que possibilita ao formando uma visão caleidoscópica do mundo, *“...aproximando os alunos do mundo real...Actuam num mundo virtual, relativamente livre de pressões e riscos e onde podem controlar alguns dos constrangimentos que, na vida profissional, dificultam uma reflexão na acção...”* (*ibidem*:24). Apesar de ser uma autora da área das ciências da educação podemos apropriarmo-nos deste discurso para o contexto da enfermagem.

Para esta autora é um importante período de aprendizagem, mobilizador e integrador de saberes adquiridos e construídos. É também promotor do desenvolvimento de competências permitindo ao aluno consciencializar-se dos diferentes papéis, através do diálogo com a situação. Este diálogo deverá ser orientado por formadores com prática reflexiva, cujo perfil de competência constitui um referencial para os alunos

possibilitando a formação. Ainda esta autora contribui com um descrever de princípios que deverão presidir ao estágio clínico, enquanto um período que se quer de alto relevo para a formação profissionalizante e que o supervisor deverá ter em atenção:

- Princípio da significação: atribuir-se um significado preciso à experiência;
- Princípio da continuidade: estabelecer relação entre as aquisições prévias e as futuras;
- Princípio da organização: sistematização dos saberes resultantes;
- Princípio de desenvolvimento e aprendizagem: pela experiência organizada e sistematizada, levar a uma melhor compreensão dos significados;
- Princípio da qualidade: experiência sentida como motivadora;
- Princípio da reflexão: reflectindo compreende-se o que é aparentemente tácito;
- Princípio da interação social: a experiência fomenta a interação entre os pares;
- Princípio da educação: as experiências levam ao desenvolvimento de várias potencialidades do aluno em estágio;
- Princípio da formação holística: o global da pessoa constrói-se numa variedade integrada de experiências vivenciadas (Alarcão, 2001).

A problemática do ensino clínico, “*ao contrário do que se possa pensar, não é uma novidade ou inovação, na formação dos profissionais de saúde*” (Abreu, 2003:15). *Al Rashid*, em Bagdad, já no início do séc. X, no auge do período áureo da medicina islâmica, defendia a necessidade dos médicos em formação serem cuidadosamente acompanhados por profissionais experientes, na medida em que a formação dos profissionais de saúde deve prepará-los para tomar decisões e agir em contextos complexos, difíceis e mutáveis (Abreu, 2003).

Mais tarde, no decorrer do séc. XX assiste-se a alterações de fundo nos processos de formação. O ensino deixou de estar apenas centrado na educação e formação baseados no racionalismo técnico, e a estes sobrepôs-se a filosofia da prática, que tem como

ponto de referência a competência subjacente à excelência profissional; entendendo-se que teoria e prática se complementam.

Nos processos formativos aceita-se como pressuposto que o supervisor é uma pessoa, um adulto, em presença de outra pessoa, um outro adulto, que tem como objectivo facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do aluno, estando atento às inibições provenientes das suas experiências, aos seus sentimentos, às suas percepções e a sua capacidade de auto-reflexão, criando e recriando em conjunto, novas formas de fazer, conhecer, aprender e ser, num ambiente emocional positivo e humano (Alarcão e Tavares, 1987). Os dois, supervisor e aluno, devem viver uma relação que os iguala na dimensão de personalidade antes de os diferenciar na dimensão da profissionalidade (Sá Chaves, 1996).

O processo de formação em enfermagem durante o ensino clínico norteia-se assim, pelo desenvolvimento pessoal e profissional do supervisando, em paralelo com o supervisor que, desta forma, apreendem e desenvolvem as suas competências neste campo.

Neste sentido, Alarcão (1991) citada por Fonseca (2006:10) refere que “*ninguém poderá fazer em vez de ninguém*”, ao que Sá-Chaves (1997:10) acrescenta, “*difícilmente alguém poderá fazer sozinho*”. O tutor assume, então, o papel de facilitador da aprendizagem do aluno, ao conduzi-lo a tomar consciência das características, do seu agir em situação e a assumir a responsabilidade pelas decisões/atitudes tomadas. Ou seja, assume-se o supervisor como o facilitador da reflexão, consciencializando o aluno da sua actuação, ajudando-o a identificar problemas e a planificar estratégias de resolução dos mesmos, numa base de colegiabilidade que enquadra o aluno como pessoa capaz de tomar a seu cargo a responsabilidade pelas decisões que afectam o seu desenvolvimento.

Seguindo esta linha de pensamento, Alarcão e Tavares (2006:72) deve objectivar e/ou inculcar no formando as seguintes capacidades e atitudes:

- *“Espírito de autoformação e desenvolvimento;*
- *Capacidade de identificar, aprofundar, mobilizar e integrar os conhecimentos subjacentes ao exercício da docência;*
- *Capacidade de resolver problemas e tomar decisões esclarecidas e acertadas;*
- *Capacidade de experimentar e inovar uma dialéctica entre prática e teoria;*
- *Capacidade de reflectir e fazer críticas e autocríticas de modo construtivo;*

- *Consciência de responsabilidade que coube ao professor no sucesso, ou insucesso, dos seus alunos;*
- *Entusiasmo pela profissão que exerce e empenhamento nas tarefas inerentes;*
- *Capacidade de trabalhar com outros elementos no processo educativo.”*

No sentido de responder aos objectivos supracitados, o supervisor deve, segundo o mesmo autor (2006:56):

- *“Estabelecer e manter um bom clima afectivo-relacional que, sem ser castrante ou intimidante, é exigente ou estimulante;*
- *Criar condições de trabalho e interacção que possibilitem o desenvolvimento humano e profissional (...);*
- *Desenvolver o espírito de reflexão, auto-conhecimento, inovação e colaboração;*
- *(...)*
- *Identificar os problemas e dificuldades que vão surgindo;*
- *Determinar os aspectos a observar e sobre os quais reflectir e estabelecer as estratégias adequadas;*
- *Analisar e interpretar os dados observados;*
- *Avaliar os processos de ensino e aprendizagem;*
- *Definir os planos de acção a seguir;*
- *Criar espírito profissional, baseado nas dimensões do conhecimento profissional;*
- *Outras.”*

Em jeito de síntese, para Brito (1999) uma das fortes motivações de supervisionar é, justamente, a possibilidade de elaborar experiências emocionais profundas num ambiente relativamente controlado e facilitador de processos de elaboração frequentes.

ESQUEMA DO PROCESSO DE SUPERVISÃO

Planificação do ensino clínico

Planear o trabalho;

Organizar os diferentes dias de ensino clínico;

Estabelecer prioridades consoante o(s) aluno(s);

Preparar actividades e experimentações;

Elaborar quadro de distribuição de alunos e de actividades por dias.

Implementação

Reunião inicial: apresentação, discussão de cronograma, trabalhos e actividades a desenvolver, metodologias, entre outros.

Fase 1: fase de integração e apropriação do contexto.

1ª. Reunião intercalar: monitorizar as evoluções e o processo de integração; preparar a 2ª fase.

Fase 2: fase da experimentação e instrumentalização técnica: material e atitudinal – o aluno é envolvido na experiência de diferentes técnicas (material: executar intubação nasogástrica; atitudinal – estabelecer comunicação terapêutica com a família e doente para preparar o papel de prestador de cuidados.

2ª. Reunião intercalar: monitorizar as evoluções dos alunos, verificar das dificuldades, rever plano de acção, preparar a 3ª fase.

Fase 3: fase de autonomia e de tomada de decisão – sempre com a presença do enfermeiro supervisor, o aluno é autónomo na tomada de decisão e explica a acção.

Reunião final: avaliação das aprendizagens; monitorização do processo de supervisão (forma, conteúdo e participantes).

Avaliação

Realização de um relatório e trabalhar com a escola para um plano de melhoria.

Ao definirem a supervisão como uma acção multifacetada, faseada, contínua e cíclica [encontro de pré-observação, observação, análise dos dados, pós-observação, balanço após o processo], Alarcão e Tavares (2003) remetem-nos para um desenvolvimento

sustentado e sistematizado das aprendizagens que só pode ter lugar com regras específicas de (n)um espaço e num tempo. Esta organização tem de ser prevista e carece de elaboração prévia, pois só assim permite enfrentar com progressivo sucesso as condições únicas.

Abreu (2002) considera que o Modelo de Nicklin (1997) [análise do objecto, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação] está intimamente ligado à prática clínica.

Ainda com Alarcão e Tavares (2003) fica patente que a supervisão se desenvolve em torno de situações reais, considerando indivíduos em interacção e dinâmicas de colaboração. Defende-se que quando se propõe uma epistemologia da prática, esta deve estar associada à organização dos saberes e das suas aquisições.