

Millenium, 2(14), 47-55.

pt

ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS PRÁTICAS  
CLINICAL SUPERVISION STRATEGIES: CRITICAL-REFLECTIVE ANALYSIS OF PRACTICES  
ESTRATEGIAS DE SUPERVISIÓN CLÍNICA: ANÁLISIS CRÍTICO-REFLEXIVO DE PRÁCTICAS

*Regina Pires*<sup>1</sup>  
*Margarida Reis Santos*<sup>1</sup>  
*Filipe Pereira*<sup>2</sup>  
*Margarida Pires*<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS-ESEP, Porto, Portugal

<sup>2</sup> Escola Superior de Enfermagem do Porto, UNIESEP, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Centro de Saúde de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Regina Pires - regina@esenf.pt | Margarida Reis Santos - mrs@esenf.pt | Filipe Pereira - filipeira@esenf.pt | Margarida Pires - armeniapires@gmail.com



**Autor Correspondente**

*Regina Pires*

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 830  
4200-072 Porto - Portugal  
regina@esenf.pt

RECEBIDO: 11 de dezembro de 2020

ACEITE: 18 de dezembro de 2020

## RESUMO

**Introdução:** A supervisão clínica em enfermagem é um processo formal de acompanhamento da prática clínica, que visa promover o desenvolvimento profissional, a proteção dos clientes e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise das práticas.

**Objetivo:** Identificar estratégias de supervisão clínica em uso.

**Métodos:** Estudo qualitativo, exploratório. Os participantes foram 42 Enfermeiros de três Centros de Saúde da região norte de Portugal. Recolha dos dados através de entrevista semiestruturada e análise efetuada segundo os princípios do método da *grounded theory*.

**Resultados:** Da análise emergiu a categoria “Análise crítico-reflexiva das práticas” e respetivas dimensões e subcategorias. As dimensões identificadas foram: “Dimensão intrapessoal”, da qual emergiram duas subcategorias; e a “Dimensão interpessoal”, da qual emergiram dez subcategorias.

**Conclusão:** Concluiu-se que existia um conjunto de estratégias de supervisão em uso, promotoras do desenvolvimento profissional, nomeadamente, a análise crítico-reflexiva das práticas. Contudo, constatou-se que havia um conjunto de constrangimentos de natureza individual e contextual que podiam interferir com a operacionalização desta estratégia, que exige serem refletidos.

**Palavras-chave:** supervisão de enfermagem; pensamento crítico; estratégias; padrões de prática em enfermagem

## ABSTRACT

**Introduction:** The clinical supervision in nursing is a formal process of monitoring clinical practice, which aims to promote professional development, client protection and care safety, through processes of reflection and analysis of practices.

**Objective:** Identify strategies of clinical supervision in use.

**Methods:** Qualitative, exploratory study. Participants were 42 nurses from three health centers in northern Portugal. Data collection through semi-structured interviews and analysis performed according to the principles of the grounded theory method.

**Results:** From the analysis emerged the category “Critical-reflective analysis of practices” and respective dimensions and subcategories. The dimensions identified were: “Intrapersonal dimension”, from which two subcategories emerged; and the “Interpersonal dimension”, from which ten subcategories emerged.

**Conclusion:** It was concluded that there was a set of supervisory strategies in use, promoting professional development, namely, the critical-reflexive analysis of practices. However, it was found that there is a set of constraints of an individual and contextual nature that can interfere with the operationalization of this strategy, which requires to be reflected.

**Keywords:** nursing, supervisory; critical thinking; strategies; practice patterns, nurses

## RESUMEN

**Introducción:** La supervisión clínica en enfermería es un proceso formal de seguimiento de la práctica clínica, que tiene como objetivo promover el desarrollo profesional, la protección del cliente y la seguridad del cuidado, a través de procesos de reflexión y análisis de las prácticas.

**Objetivo:** Identificar las estrategias de supervisión clínica en uso.

**Métodos:** Estudio exploratorio cualitativo. Participaron 42 enfermeras de tres centros de salud de la región norte de Portugal. Recolección de datos a través de entrevistas semiestructuradas y análisis realizados según los principios del método de teoría fundamentada.

**Resultados:** Del análisis surgió la categoría “Análisis crítico-reflexivo de prácticas” y sus respectivas dimensiones y subcategorías. Las dimensiones identificadas fueron: “Dimensión intrapersonal”, de la cual surgieron dos subcategorías; y la “dimensión interpersonal”, de la que surgieron diez subcategorías.

**Conclusión:** Se concluyó que existía un conjunto de estrategias de supervisión en uso, que promueven el desarrollo profesional, a saber, el análisis crítico-reflexivo de las prácticas. Sin embargo, se encontró que existe un conjunto de limitaciones de carácter individual y contextual que pueden interferir con la operacionalización de esta estrategia, lo cual requiere ser reflejado.

**Palabras Clave:** supervisión de enfermeira; pensamiento; estrategias; pautas de la práctica en enfermería

## INTRODUÇÃO

A supervisão clínica (SC) consiste num processo formal que envolve um profissional sénior que supervisiona e orienta a prática clínica de um profissional menos experiente, com vista ao desenvolvimento profissional, à promoção da qualidade das práticas, segurança e proteção do cliente, através de processos de reflexão e análise da prática (Snowdon, Leggat, & Taylor, 2017).

A evidência tem vindo a demonstrar que a SC dos profissionais de saúde está associada à eficácia do atendimento, ao incremento da melhoria no processo de atendimento e da qualidade dos cuidados (Snowdon et al., 2017; Guy, Cranwell, Hitch, & McKinstry, 2020). A melhoria da qualidade dos cuidados depende do desenvolvimento e crescimento pessoal de cada membro da equipa, e da equipa em geral. As estratégias mobilizadas pela SCE, nomeadamente, a prática reflexiva, envolvendo um processo crítico de avaliação das necessidades de aprendizagem e desenvolvimento, compreensão de atitudes, crenças e valores dos profissionais, integrando a aprendizagem e conhecimento experiencial na prática clínica contribuem para esse fim (Gates & Sendiack, 2017).

Apesar da evidência apresentar argumentos relativos ao potencial da SCE para a melhoria da qualidade dos cuidados, este desiderato só é tangível se o profissional atuar de forma reflexiva e responsável. Daí a relevância da SCE envolver uma estrutura e um processo que devem revestir-se dos princípios da prática reflexiva, tendo por objetivo promover a capacidade crítica do supervisionado, pois é através desta que eles podem otimizar as suas habilidades de raciocínio profissional e tomada de decisão (Gates & Sendiack, 2017; Guy et al., 2020).

O presente estudo faz parte de uma investigação mais ampla e teve por objetivo identificar as estratégias de SC em uso.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A ideia da importância dos processos reflexivos em Enfermagem começa a desenvolver-se com Florence Nightingale, antes a Enfermagem baseava-se mais numa ideia de arte do que propriamente de ciência. O conceito moderno de profissão relacionada com o desenvolvimento tecnológico e científico começa a concretizar-se com a revolução industrial.

Na Enfermagem, assim como noutras profissões, o enfoque na técnica perdurou séculos (séc.), pois da dominância do paradigma da racionalidade técnica ao da reflexividade crítica o trajeto foi longo. Não podemos deixar de referenciar o papel de John Dewey e Donald Schön como grandes percursos da transição para o paradigma da reflexividade crítica, que só se solidificou a partir da década de 90 do séc. XX.

Dewey foi um dos primeiros autores a identificar a reflexão como uma forma especializada de pensar, considerando que resulta da dúvida, da hesitação ou perplexidade, relacionada a uma situação experimentada diretamente, consistindo no autoquestionamento propositado e resolução de problemas. Também argumentou que o pensamento reflexivo leva as pessoas a pensar para além da rotina/ação guiada pela tradição ou autoridade externa (Dewey, 1933). Porém, foram apontadas algumas críticas aos seus trabalhos, por serem considerados de abordagem linear e mecanicista, sem compreensão real da reflexão como um processo interativo ou dialógico, nomeadamente, com falta de atenção para a forma como o “*self*” e os referenciais individuais são formados em diálogo com os outros (Cinnamond & Zimpher, 1990).

A partir da década de 80 do séc. XX, os estudos de Schön, sobre os processos de formação do “profissional reflexivo”, influenciados por Dewey, tornaram-se uma referência, defendendo que a formação do futuro profissional deve incluir uma forte componente de reflexão a partir de situações práticas reais, sendo esta a via possível para um profissional se sentir capaz de enfrentar as situações novas e diferentes com que se depara na vida real e de tomar as decisões apropriadas nas zonas de indefinição que a caracterizam (Schön, 1987).

Outras noções fundamentais da obra de Schön (1987) remetem-nos para o conhecimento na ação (*knowing-in-action*), a reflexão na ação (*reflection-in-action*), a reflexão sobre a ação (*reflection-on-action*), e a reflexão sobre a reflexão na ação (*reflection on reflection-in-action*). No centro das asserções de Schön para a formação profissional, encontra-se também a distinção entre o conhecimento tácito, que este denomina como “reflexão na ação”, e o conhecimento escolar. Duarte (2003) problematiza os pressupostos epistemológicos e pedagógicos contidos na oposição que Schön estabelece entre esses dois tipos de conhecimento. E, argumenta que Schön adota uma pedagogia que desvaloriza o conhecimento escolar e uma epistemologia que desvaloriza o conhecimento teórico/científico/académico, referindo “...que a questão da desvalorização do saber teórico está presente em vários autores que se tornaram referência no campo dos estudos sobre formação de professores”, colocando também no centro deste debate, Dewey, Tardif e Perrenoud (Duarte, 2003, p. 602).

Partindo do pressuposto que refletir é a ação de pensar sobre algo com um espírito crítico-constutivo que constrói conhecimento, partindo da acessão de Zeichner (1993), é importante a compreensão de que “não é a prática que ensina: é a reflexão sobre a prática!”, exercício que exige a mobilização de conhecimento científico para que se constitua como situação de aprendizagem e para que os profissionais possam continuar a aprender e a desenvolver-se “em” e “através” da prática.

A qualquer das fases da reflexão, “reflexão para a ação” (prévia à ação, desenrola-se no sentido de a planificar), “reflexão na ação” (interativa, reflexão pela e na observação e diálogo com a situação), “reflexão sobre a ação” (pós-ativa, com faceta retrospectiva e prospetiva), ou na “reflexão sobre a reflexão na ação”, deve estar subjacente um referencial teórico, um saber académico/científico, uma “história havida”, em termos concetuais, que permita que a “reflexão para, na e sobre a ação” possa comportar as dimensões

retroativa (retrospectiva) e proactiva (prospetiva), que permitam refletir para uma nova ação, controlando o que foi negativo (Sá-Chaves, 2000).

As reconceptualizações inerentes à ideia de saúde, os desenvolvimentos sociais, científicos e tecnológicos têm exigido por parte dos enfermeiros uma capacidade de constante reconstrução pessoal e profissional, o que pressupõe processos reflexivos, que acreditamos constituírem a base do processo da afirmação da enfermagem como disciplina, do conhecimento, autónoma e com campo de intervenção próprio.

A reflexão é determinante na progressão na proficiência dos enfermeiros, de iniciado a perito, fazendo parte das características deste último, o reflexivo *expert*, não guiar as suas práticas por regras ou passos descritos nos modelos.

Admite-se que as respostas adequadas aos desafios da profissão têm que passar, indubitavelmente, por processos de reflexão e (re)conceptualização das práticas, o que vai ao encontro da necessidade de se implementarem políticas de SCE com uma forte componente reflexiva, salvaguardando a importância da provisão de tempo para momentos mais formais para a reflexão entre os pares.

Nomeadamente, as políticas de organismos nacionais e internacionais, designadamente o Departamento de Saúde do Reino Unido e a Ordem dos Enfermeiros, são impregnadas de argumentos para o incremento da prática reflexiva e desenvolvimento profissional, e do papel que a SCE pode ter no sentido de garantir padrões de atendimento de alta qualidade, através de processos reflexivos.

Rocha (2013) concluiu que a análise crítico-reflexiva das práticas era a quinta estratégia de SC mais implementada e mais desejada nos serviços de saúde e no estudo de Pires, Pereira, Reis Santos & Rocha (2016), entre 16 estratégias de SC, esta foi considerada a mais relevante.

## 2. MÉTODOS

Face às características da investigação projetada foi desenvolvido um estudo qualitativo, exploratório, ancorado no paradigma construtivista. A investigação foi orientada pelos princípios da investigação-ação no que relevou para a interação com o contexto e os participantes, o que permitiu uma análise aprofundada do fenómeno SCE, sua natureza complexa e processos que lhe estão subjacentes, fundamental para a significação, compreensão e interpretação desta problemática, através da compreensão e interpretação do ponto de vista dos participantes.

### 2.1 Amostra

Participaram na investigação 42 Enfermeiros de três Centros de Saúde (CS) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região norte de Portugal. A amostra foi de conveniência, no sentido que todos os enfermeiros dos CS fossem envolvidos na investigação. Todos os Enfermeiros das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas (UCSP) dos CS em questão participaram no estudo. Eram predominantemente do sexo feminino (85.71%;  $n= 36$ ), com idade entre 28 e 59 anos ( $M= 44.19$ ;  $DP= 7.43$ ), tempo de exercício profissional entre seis e 40 anos ( $M= 20.27$ ;  $DP= 7.21$ ). As categorias profissionais mais representativas foram, em igual percentagem, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista (42.86%;  $n= 18$ ).

### 2.2 Recolha de dados

Recolha dos dados efetuada através de entrevista semiestruturada cujo guião integrava cinco blocos temáticos: o primeiro incorporava a legitimação da entrevista e respetivos objetivos; os restantes incluíam questões relativas às conceções, representações e opiniões dos participantes sobre a temática da SCE.

### 2.3 Análise de dados

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, na íntegra, à medida que eram realizadas. De seguida foram inseridas no programa Nvivo10<sup>®</sup>, identificadas com um código, e efetuada análise de conteúdo segundo os princípios do método da *grounded theory* (Strauss & Corbin, 2008). Após a análise de cada entrevista voltou-se ao terreno, sempre que necessário, para efeitos da validação da informação.

### 2.4 Procedimentos éticos

O estudo obteve aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte e da Direção do ACES onde se desenvolveu.

Todos os participantes assinaram o modelo de consentimento informado e na análise e tratamento dos dados foram adotados procedimentos de proteção do anonimato e confidencialidade.

## 3. RESULTADOS

Da análise emergiu a categoria “Análise crítico-reflexiva das práticas”, que remete para uma das estratégias de SC em uso, face à qual se identificaram dimensões e subcategorias (Figura 1).

As dimensões identificadas foram: a “Dimensão intrapessoal”, da qual emergiram as subcategorias “Pouca autorreflexão” e “Ausência

de estratégias formais de desenvolvimento do pensamento crítico”; e “Dimensão interpessoal” de onde emergiram as subcategorias “Ocasional”, “Falta de tempo para a reflexão interpessoal”, “Organização do trabalho interfere com a reflexão interpessoal”, “Dificuldade de reflexão interpessoal nas Extensões de Saúde”, “Expõe zonas de (não) saber”, “Pouca predisposição para a reflexão interpessoal”, “Enfermeiro chefe facilita a reflexão interpessoal”, “Reflexão interpessoal nas reuniões de serviço”, e “Reflexão entre supervisores de diferentes serviços”.

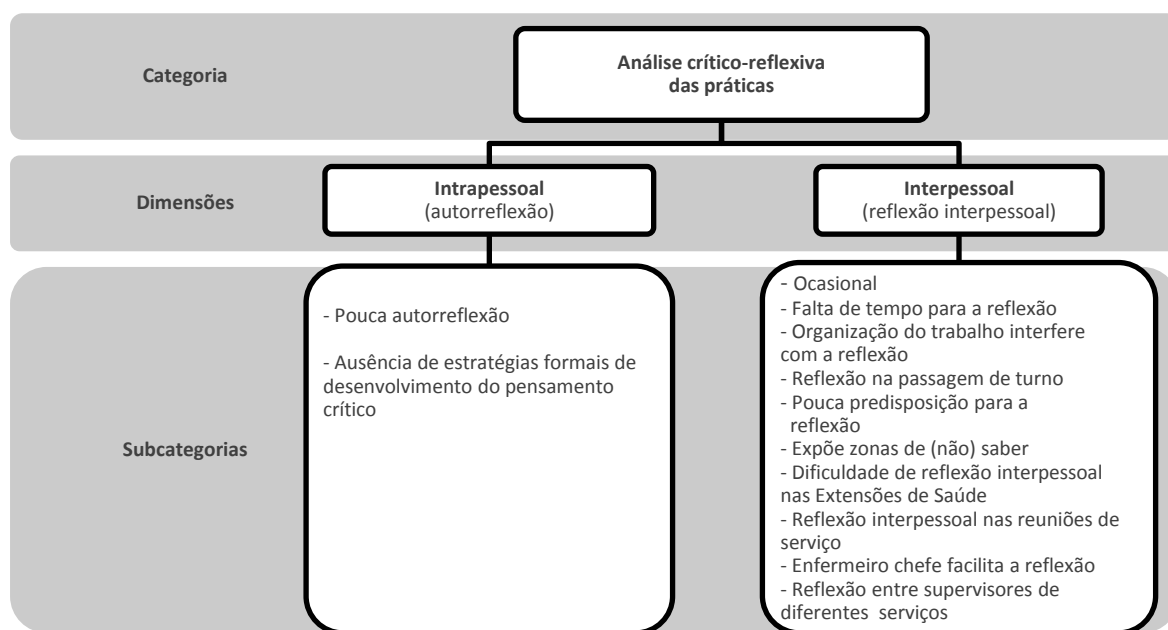


Figura 1 - Análise crítico-reflexiva das práticas em uso: dimensões e subcategorias

## 4. DISCUSSÃO

O apoio na reflexão facilita a integração do conhecimento, nomeadamente na fase mais precoce do desenvolvimento profissional, em que nem sempre os enfermeiros possuem as habilidades necessárias para realizar uma reflexão crítica eficaz. É importante ter acesso ao conhecimento e às experiências dos outros para aprofundar o nosso próprio conhecimento e pensamento, daí a relevância do acesso ao saber empírico e partilha das práticas de profissionais experientes. A responsabilidade por este apoio reside, sobretudo, no supervisor clínico e em colegas mais experientes.

### 4.1 Dimensão intrapessoal

Esta dimensão da análise crítico-reflexiva reporta-se à reflexão individual, que consiste numa componente intrapessoal a que Schön (1987) chamou de “silent game”, processo reflexivo comparado a um “jogo solitário”, individual, com caráter dinâmico que gera imprevisibilidade, subjacente ao fascínio da resolução de problemas. Adversa a esta dinâmica é a opinião de um dos participantes, que entendia ter-se instalado alguma “rotina” no serviço, relacionada com a escassez de reflexão intrapessoal, do questionamento e problematização das práticas, tradutora de “Pouca autorreflexão”:

*(...) verifica-se que quase todos nós temos uma prática acomodada (...) habituámo-nos à rotina, a fazer aquilo tudo no dia-a-dia, sem refletirmos muito sobre aquilo que fazemos. Quem é que ao fim do dia (...) faz uma autorreflexão ou uma autocrítica sobre o seu dia-a-dia de trabalho? Quem é que o faz? Ninguém! E9CH*

Este resultado vem corroborar o argumento de Netto, Silva & Rua (2018, p.2) de que “o culto à racionalidade técnica, ao currículo normativo, à aplicação da teoria e da técnica, derivadas do conhecimento sistemático, preferencialmente científico, à epistemologia da prática, além da separação entre ensino, pesquisa e a prática, ainda predominante nas universidades, não deixam espaço para a ação reflexiva e ameaçam a competência profissional”.

Esta capacidade metacognitiva é extremamente importante, pois permite que os enfermeiros tomem consciência dos processos subjacentes à sua atividade profissional, pelo que a orientação da prática reflexiva fornecida na SC promove a introspeção, estimulando o pensamento crítico-reflexivo sobre as experiências clínicas e sobre a evidência científica que as sustentam (Gates & Sendiack, 2017). A prática reflexiva é importante por ser um método específico de trabalho, com o objetivo de permitir que o profissional construa conhecimentos com base na sua prática, sendo possível definir esse método como a “arte de crescimento intrínseco” por meio da reflexão, com o propósito de achar uma solução (Netto et al., 2018).

Quanto à “Ausência de estratégias formais de desenvolvimento do pensamento crítico”:

*(...) no desenvolvimento do pensamento crítico a estratégia é mais informal. E16VP*

O estudo de Dubé & Ducharem (2015) evidenciou que a cultura de determinadas unidades de saúde não promove práticas reflexivas em enfermagem. Gates & Sendiack (2017) referem que uma estrutura reflexiva ajuda a criar um espaço de pensamento dentro do contexto de supervisão, permitindo que os supervisores atendam às necessidades do supervisionado e do cliente, fornece uma estrutura explícita que facilita a prática reflexiva e apoia o desenvolvimento de habilidades técnicas e pensamento crítico e, em última análise, incentiva o desenvolvimento da identidade pessoal e profissional. Os mesmos autores argumentam que a existência de uma cultura reflexiva formal, na organização, promove o senso de introspecção consciente nos profissionais e permite-lhes desenvolverem a maturidade na prática ao longo do tempo, incluindo considerações éticas e sabedoria clínica.

#### 4.2 Dimensão interpessoal

A dimensão interpessoal da análise crítico-reflexiva reporta-se à heterorreflexão, reflexão realizada em diáde ou em grupo, que Schön (1987) intitulou de “*interplay*”, que implica uma atitude de humildade intelectual, no sentido de admitir que “o outro” pode ser iluminador do nosso conhecimento.

Os participantes identificaram a presença de práticas reflexivas entre os pares:

*Entre colegas refletimos! Uns mais que outros, evidentemente! Mas, vai havendo partilha de informação, naturalmente, e de conhecimentos (...) E2RP; (...) discutimos os casos dos nossos doentes, o nosso dia-a-dia, as dificuldades que temos tido. (...) não só com os colegas, mas com as próprias chefias. Também acho que fazemos um bocadinho deste trabalho de supervisão. Até porque, vamos conversando sobre aquilo que tem corrido bem e aquilo que tem corrido menos bem, onde nos poderíamos empenhar mais, porquê é que não nos empenhamos. E5RP*

Contudo, consideraram que reflexão interpessoal é “Ocasional”, não formal:

*(...) acontece ocasionalmente. Não há momentos estipulados para isso. E13CH; Às vezes, quando nos surge uma situação nova, diferente, que é conhecida de um ou outro elemento, e os outros não sabem, acabamos por nos sentar e falar sobre isso, de forma informal. E14VP; Eu penso que até isso nós fazemos entre nós informalmente. E4RP*

Tavares (2013) também concluiu que os enfermeiros reconheceram a existência de práticas de análise crítico-reflexiva nos respetivos serviços, ainda que informais; contudo, consideraram que a partilha de conhecimentos, experiências, e pontos de vista entre colegas, levados a cabo por via da reflexão, traduziam-se no enriquecimento individual e coletivo, que era mobilizado em prol de benefícios para o cliente, na medida em que contribuem para delimitar estratégias de atuação discutidas e refletidas em conjunto. Contudo, Süleyman & Bozkuş (2017) referem que ser reflexivo não deve ser considerado um método que foi adquirido e ocasionalmente usado, mas uma componente vital da vida diária, não uma ação separada ou desconectada das práticas.

Apesar da informalidade na implementação desta estratégia de SC, Rocha (2013) concluiu que era a quinta mais frequentemente implementada nos serviços de saúde, porém, quanto ao desejo da frequência de utilização, esta estratégia surgiu na sexta posição.

Face às dificuldades manifestadas pelos participantes em encontrarem tempo para a análise reflexiva sobre as práticas, entre os pares, emergiu a subcategoria “Falta de tempo para reflexão interpessoal”:

*(...) O problema é tempo, ter tempo, (...). Ultimamente não temos tido tanto essa oportunidade para partilharmos e refletirmos sobre as nossas práticas, há uns anos atrás ainda tínhamos (...). Temos tido menos oportunidades para reflexão uns com os outros! E8CH; Gostava de ter mais tempo, gostava! E5CH*

O “tempo” é um fator que pode influenciar de forma indelével as ocasiões encontradas para o exercício da análise reflexiva sobre as práticas, tempo este que a informalidade de algum modo tende a subtrair, “deixando-se para depois”, havendo sempre algo que se sobrepõe como “mais importante a fazer”.

Os estudos de Cross, Moore, Sampson, Kitch & Ockerby (2012) e Tavares (2013) também demonstraram que a SCE é particularmente importante em serviços onde os enfermeiros se encontram mais sobrecarregados, devendo ser fornecido tempo para refletirem sobre as suas práticas e questões profissionais.

A SC radica na reflexão, pois todo o processo superviso só é relevante porque integra processos reflexivos, pelo que, a disponibilização de tempo para a SCE e respetivas sessões tem que contemplar, inevitavelmente, tempo próprio para a reflexão sobre as práticas e conjunturas envolventes (Dubé & Ducharem, 2015; Snowdon et al., 2017).

Outro aspeto que emergiu inerente à reflexão foi a organização do trabalho, destacando-se a subcategoria “Organização do trabalho interfere com a reflexão interpessoal”, que, em certa medida, se relaciona com a anterior:

*Muitas vezes não temos oportunidade de refletir uns com os outros sobre as práticas porque estamos a trabalhar muito isoladamente, cada um no seu módulo. E11CH; A partilha é pouca! (...) a nossa organização do trabalho não facilita! E1CH; (...) também depende do serviço e dos horários. Há dias que (...) falamos sobre algumas coisas. Mas depois, porque aquela tem um horário até às sete, a outra até às cinco, imaginemos... ou fica uma sozinha (...). Isto para dizer, que nos vamos*

*apercebendo dos cuidados dos que estão mais perto, (...) e falamos com quem está mais perto. (...) teríamos que nos organizar! (...). E2CH; (...) A maneira como está organizado o trabalho não permite discutir com todos com a mesma frequência. (...) penso que é mais pela organização do trabalho. E4RP*

Süleyman & Bozkuş (2017) referem que a reflexão promovida pela cultura e estruturas de uma organização, afeta e é afetada pelas escolhas, políticas, decisões e pelo trabalho.

Os participantes também fizeram referência à passagem de turno como momento privilegiado de reflexão sobre as práticas. Entendem que é uma mais-valia para os enfermeiros quando a organização do trabalho possibilita a definição deste período de tempo/espço para discutirem a condição do cliente e respetivos cuidados, emergindo a subcategoria “Reflexão na passagem de turno”:

*Aqui temos menos momentos para refletir. Não é como no hospital, todos os dias, na passagem de turno (...). E1CH; (...) eu sei que há serviços em hospitais e noutros centros de saúde onde se faz nas passagens de turno..., mas, nesse aspeto, aqui falta-nos um bocadinho disso. (...) faz-nos falta, falarmos mais sobre os cuidados. (...) não há reuniões desse tipo. Não temos, por vezes, tempo e momentos próprios para o fazer, e isso era importante. E4CH*

Estas perspetivas corroboram o estudo de Tavares (2013), que identificou situações da prática diária propícias à reflexão, tanto em grupo como individual, ficando evidente a importância atribuída pelos participantes às análises, discussões, e reflexões que ocorriam durante as “passagens de turno”, entendidas como cruciais para o desenvolvimento da prática reflexiva. Valorizaram os momentos das passagens de turno para refletirem sobre a prática e aferirem a melhor forma de lidar com cada situação, atribuindo grande relevância e valorização à informação que é partilhada e discutida.

O estudo de Rocha, Reis Santos & Pires (2017) também sugere que os enfermeiros hospitalares apresentam mais momentos de partilha, nomeadamente na passagem de turno.

Outra subcategoria identificada aponta para a influência das características individuais que os participantes reconheceram em alguns colegas, passíveis de condicionar a reflexão “Pouca predisposição para a reflexão interpessoal”:

*Com alguns colegas têm-se mais dificuldade em fazer essa reflexão. (...) não adianta... porque depois insiste que o que ele está a dizer é que é correto. Há colegas que não são muito de discutir, acham que a opinião deles é que está certa! (...). Não sei se eles entendem que estão a perder a oportunidade de aprender com os colegas! Eles acham que estão sempre certos. E1VP; Alguns sentem mais dificuldade em pedir a opinião aos colegas sobre a prestação dos cuidados! (...) há colegas que têm mais dificuldade na reflexão! (...) aquelas pessoas mais fechadas têm mais dificuldade em discutir sobre os cuidados com os colegas. E3VP; (...) há sempre quem não goste! Não é? E5CH*

Segundo Sá-chaves (2000) a passagem ao “*eu solidário*” é uma transição difícil. A dificuldade para refletir abertamente com o outro pode, realmente, radicar em aspetos da personalidade/habilidades comunicacionais, na falta de tempo e outras dificuldades de natureza pessoal ou organizacional; ou na falta de uma “cultura” reflexiva, que está enraizada em questões paradigmáticas que, embora nas últimas décadas se tenham vindo a atenuar, sob elas sofremos marcada influência até cerca da década de 80 do séc. XX.

No estudo de Pires (2004), a reflexão sobre as práticas, entre enfermeiros, foi referida como uma das dificuldades socio-clínicas com que estes se defrontavam no seu dia-a-dia, nomeadamente, foi identificada alguma resistência à prática reflexiva, tendo sido referido que ainda prevalecia em alguns profissionais a ideia de que a sua verdade é universal, não se dispondo à discussão com os colegas.

Emergiu também a subcategoria “Expõe zonas de (não) saber”. Os participantes perceberam que por via da reflexão interpessoal pode identificar-se o défice de conhecimento:

*Procuo a opinião do colega em termos de conhecimento, a ver se tenho o conhecimento ou não. Ajudam-me a perceber se tenho todo o conhecimento. E13VP*

Este achado vai ao encontro do trabalho de Süleyman & Bozkuş (2017), que considerou a reflexão interpessoal uma via de aprendizagem, vendo-a como um “duplo loop”, um processo de aprendizagem cognitiva partilhado. Os participantes entreajudavam-se na identificação de dificuldades e na busca de estratégias para lidar com elas, ampliando assim as suas perspetivas sobre os problemas (amplia o conhecimento) ajudando a adquirir novos *insights* sobre o comportamento (mudança de atitude).

A “Dificuldade de reflexão interpessoal nas Extensões de Saúde”, que advém da falta de pares com quem discutir, foi um aspeto referido, na medida em que neste contexto se trabalhava mais isolado:

*(...) nós estamos muito separados da Sede e isso dificulta a reflexão com os colegas. E9VP*

A distância entre Extensões de Saúde da Sede foi identificada como um dos fatores dificultadores da SC e da reflexão entre pares, havendo locais de trabalho com apenas um enfermeiro. Este achado corrobora o estudo de Rocha, Reis Santos & Pires (2016), que refere que há contextos onde o contacto direto entre profissionais é difícil devido à distância geográfica, nomeadamente entre colegas e/ou supervisor e supervisionado, tornando mais difícil a supervisão e a reflexão, propondo, nestas circunstâncias, estratégias de SC a distância. Estudos que envolveram características demográficas dos contextos mostraram diferenças significativas na organização da SCE em contexto hospitalar e comunitário, precisamente devido à maior dispersão dos profissionais no segundo contexto (Lynch, Hancox, Happel & Parker, 2008).

Não obstante os participantes terem identificado algumas dificuldades e informalidade/ocasionalidade no exercício da análise e reflexão das práticas, salientaram que aproveitam as reuniões de serviço, momentos programados, mais formais, emergindo a subcategoria “Reflexão interpessoal nas reuniões de serviço”:

*Aproveitamos as reuniões de serviço para refletirmos todos sobre os cuidados que estamos a praticar e também para colocar algumas dúvidas. Se temos algumas dificuldades, colocamos ali e entre colegas elucidamo-nos (...). E11CH; Nós vamos fazendo reflexão uns com os outros. Vamos tentando! Porque, normalmente, fazemos reuniões e vamos aproveitando estar com os colegas na Sede e usando essas estratégias nas reuniões. E11VP; Nas reuniões de serviço trocamos opiniões e discutimos sobre a prestação de cuidados. Já se faz isso! (...) temos estas reuniões para partilhar as nossas dúvidas. Às vezes há discordâncias e isso é bom! E13VP; Nas reuniões mensais há sempre reflexão sobre os cuidados e sobre os registos. E15CH*

A relevância atribuída à reflexão na melhoria progressiva nos cuidados de enfermagem valoriza a oportunidade dos enfermeiros poderem refletir sobre as suas práticas, em reuniões organizadas exclusivamente para esse fim (Cross et al., 2012; Tavares, 2013). Outra subcategoria identificada foi “Reflexão entre supervisores de diferentes serviços”

*Acaba por haver alguma solidariedade entre colegas, [de diferentes CS] os pares com o mesmo papel [supervisor], partilhamos entre nós, discutimos entre nós e vamo-nos ajudando. E7RP*

O estudo de Cruz (2012) também evidenciou a reflexão entre supervisores de diferentes serviços através da “supervisão indireta” em reuniões das equipas supervisores clínicos, com o propósito de trocarem informações e normalizarem a sua atuação. Borges (2013) apurou que os participantes salientavam a importância das reuniões de supervisores por proporcionarem um maior nível de suporte e apoio.

Outra subcategoria identificada foi “Enfermeiro chefe facilita a reflexão interpessoal”:

*(...) a chefe facilita-nos essa oportunidade de estar um bocadinho uns com os outros e partilhar as experiências. E7VP; Nas reuniões dou sempre um estímulo. (...) estímulo a reflexão e o pensamento crítico da equipa. E15CH*

O estudo de Pinto, Reis Santos & Pires (2017) demonstrou que o supervisor desempenha um papel preponderante na formação de profissionais reflexivos, por via da mobilização de estratégias para o efeito. Visto que no nosso país não existem programas formais de SCE implementados nos serviços de saúde, admite-se que sejam os enfermeiros chefes a desempenhar este papel, como fica patente no estudo de Tavares (2013) que revelou que o enfermeiro chefe tinha um papel muito relevante no estímulo da análise crítico-reflexiva das práticas, incentivando a equipa de enfermagem a refletir para, na, e sobre a ação, e no desempenho das suas funções como supervisor, constituindo-se como agente catalisador da prática reflexiva, com enfoque na melhoria dos cuidados. Os enfermeiros consideraram que a equipa era o espelho da sua chefia, no que toca à reflexão, pois a sua exigência impelia a equipa a tornar-se mais exigente consigo própria, instigando em cada um a responsabilidade individual pelo seu próprio desenvolvimento e vontade de se tornar melhor profissional.

Süleyman & Bozkuş (2017) consideram que a reflexão é uma forma de aprendizagem e que a gestão desta é um objetivo essencial na criação de equipas reflexivas, que visam criar oportunidades fortes e justas de aprendizagem para todos na organização e incentivar para que se beneficiem dessas oportunidades. Neste sentido, entendem que os gestores podem contribuir comprometendo-se com o estabelecimento de foco na aprendizagem, com a formação dos profissionais e ajudar a desenvolver formas de superar habilidades inquiridoras para desenvolver hábitos mentais para a aprendizagem adicional e autónoma.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar um conjunto de estratégias de supervisão em uso, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados, nomeadamente, a análise crítico-reflexiva das práticas. Constatou-se que há um conjunto de constrangimentos de natureza individual e contextual que são dificultadores da operacionalização desta estratégia, que urge serem ultrapassados.

A análise crítico-reflexiva das práticas é determinante para estimular o conhecimento, o pensamento crítico e a tomada de decisão, pelo que se considera fundamental que as políticas de supervisão clínica em contexto de cuidados de saúde primários integrem esta e outras estratégias de reflexão.

Uma limitação do estudo reside na produção de generalizações, porém, acredita-se que as conclusões obtidas encontram similitudes em ecologias e circunstâncias idênticas.

Sugere-se que sejam desenvolvidas futuras investigações no âmbito da problemática reflexão, pensamento crítico e tomada de decisão em enfermagem, envolvendo os fatores individuais e os fatores contextuais facilitadores/impeditivos do seu desenvolvimento.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Borges, P. (2013). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em Enfermagem: perspectivas dos supervisores* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Cinnamond, J., & Zimpher, N. (1990). Reflectivity as a function of community. Em R.T. Clift, W.R. Houston, & M.C. Pugach (eds.), *Encouraging Reflective Practice in Education. An analysis of issues and programs*. New York: Teachers College Press.
- Cross, W., Moore, A., Sampson, T., Kitch, C., & Ockerby, C. (2012). Implementing Clinical Supervision for ICU Outreach Nurses: A case study of their journey. *Australian Critical Care*, 25(4), 263-270. Doi: 10.1016/j.aucc.2012.01.004
- Cruz, S. (2012). *Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Dewey, J. (1933). *How We Think: A Restatement of Reflective Thinking to the Educative Process*. Boston: D.C. Heath & Co.
- Duarte, N. (2003). Conhecimento tácito e conhecimento escolar na formação do professor (por que Donald Schön não entendeu Luria). *Educ. Soc.*, 24, 601-625. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302003000200015>
- Dubé, V. & Ducharme, F. (2015). Nursing reflective practice: An empirical literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(7), 91-99. Doi: 10.5430/jnep.v5n7p91
- Gates, N. & Sendiack, C. (2017). Neuropsychology Supervision: Incorporating Reflective Practice. *Australian Psychologist*, 52, 191-197. Doi: <https://doi.org/10.1111/ap.12242>
- Guy, L., Cranwell, K., Hitch, D., & McKinstry, C. (2020). Reflective practice facilitation within occupational therapy supervision processes: A mixed method study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67, 320-329. Doi: <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12660>
- Lynch, L., Hancox, K., Happel, B., & Parker, J. (2008). *Clinical supervision for nurses*. USA: Wiley-Blackwell.
- Netto, L., Silva, K., & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*, 22(1), 1-6. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309
- Pinto, D., Reis Santos, M., & Pires, R. (2017). Relevance of indicators of clinical supervision strategies in nursing. *Rev Rene*, 8(1), 19-25. Doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100004>
- Pires, R. (2004). *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Pires, R., Pereira, F., Reis Santos, M., & Rocha, I. (2016). Most Relevant Clinical Supervision Strategies In Nursing. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpsBS*, 351-361. Doi: 10.15405/epsbs.2016.07.02.34
- Rocha, I. (2013). *Construção e Validação do Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Rocha, I., Reis Santos, M., & Pires, R. (2016). Distance supervision in nursing: a reality desired by nurses. *Journal of Nursing Referência*, 4(10), 95-101. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16025>
- Rocha, I., Reis Santos, M., & Pires, R. (2017). Questionnaire for Assessment of Clinical Supervision Strategies in Nursing: Construction and Validation of the QACSS. *Nursing and Health*, 5(2), 35-38. Doi: 10.13189/nh.2017.050202
- Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Edições CIDInE.
- Schön, D. (1987). *Jossey Bass higher education series. Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions. Jossey-Bass*
- Snowdon, D., Leggat, S., & Taylor, N. (2017). Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 786-92. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Süleyman, D. G. & Bozkuş, K. (2017). *Reflective Leadership: Learning to Manage and Lead Human Organizations, Contemporary Leadership Challenges*. Aida Alvinus: Intechopen. Doi: 10.5772/64968
- Tavares, J. (2013). *Políticas de supervisão clínica em enfermagem em serviços de pediatria* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Zeichner, K. M. (1993). *A Formação Reflexiva de Professores: Ideias e Práticas*. Lisboa: EDUCA.